



Implementatie en gebruik van de checklist in het operatiekwartier Rapport 2013

Evaluatie van het gebruik van de checklist volgens een
retrospectieve studie

Stéphanie Maquoi - Cel Kwaliteit en Patiëntveiligheid
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Directoraat-generaal Gezondheidszorg
Dienst Acute, Chronische Zorg en Ouderenzorg

April 2014

Inhoud

Inleiding	3
Hoofdstuk 1 : Resultaten van de tweede enquête	7
1. Waarom een retrospectieve studie op basis van een steekproef?	7
2. Doelstellingen van de enquête	8
3. Methode	8
3.1.Richtlijnen voor het uitvoeren van de retrospectieve studie	8
3.2.Inhoud van de vragenlijst.....	9
4. Analyse van de resultaten.....	10
4.1. Deelname aan de enquête.....	10
4.2.Resultaten van het onderdeel ‘implementatie van de checklist in het operatiekwartier’	11
4.3.Resultaten van het onderdeel ‘compliance’	20
4.4.Deelname aan het VIP ² -project.....	32
Hoofdstuk 2 : 2011-2013 - evolutie van het gebruik van een safe surgery checklist in Belgische ziekenhuizen.....	33
Hoofdstuk 3. Interpretatie van de resultaten	37
Hoofdstuk 4. Conclusies en oriëntaties voor de toekomst.....	40
Bijlagen	43
Websites	43

Inleiding

‘Safe Surgery’ kan worden gedefinieerd als **de garantie om de juiste patiënt op de juiste plaats en met de juiste ingreep te opereren** (en invasief onderzoek¹ te verrichten), zowel tijdens klassieke hospitalisaties als tijdens daghospitalisaties. Om deze doelstelling te bereiken, worden de volgende middelen gebruikt²:

- de verbetering van veiligheidscultuur en teamwerk om ongewenste gebeurtenissen te verminderen;
- de deelname van patiënten aan verbeterprocessen;
- de invoering en het gebruik van een checklist;
- de verbetering van de communicatie en de erkenning van het belang van leiderschap hierin;
- de standaardisatie van normen en procedures;
- de preventie van postoperatieve infecties.

In het kader van het beleid om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren, heeft de FOD Volksgezondheid al in 2011 het gebruik van een checklist in het operatiekwartier aanbevolen. De aanbevolen checklist was deze van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) die door de ziekenhuizen kon aangepast worden.

Het gebruik van een checklist wordt erkend als een opportuniteit om ongewenste gebeurtenissen of dysfuncties tijdens chirurgische ingrepen te voorkomen. Een checklist moet worden beschouwd als een ondersteuning voor het chirurgisch team om, mondeling en kruisgewijs, een aantal sleutelmomenten te controleren (19 volgens de WGO). Het instrument laat ook toe om essentiële informatie betreffende de patiënt te delen, de samenwerking binnen het team te versterken en bij te dragen tot de ontwikkeling van een veiligheidscultuur.

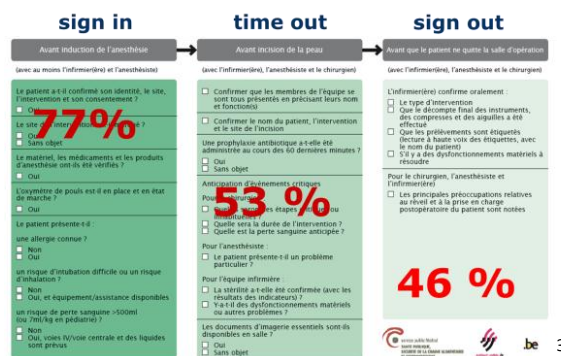
Enkele maanden na de lancering van de federale campagne *‘Goede Heelkunde Is Veilige Heelkunde’* (april 2011), die als doel had de ziekenhuizen aan te moedigen om een checklist in het operatiekwartier te implementeren, heeft de FOD Volksgezondheid het gebruik van de checklist in de operatiekwartieren

¹ Bijvoorbeeld: endoscopieën, katheterisatie,...

² Gebaseerd op de definitie van de campagne van de WGO ‘Safe Surgery Saves Lives’

van de Belgische acute ziekenhuizen voor het eerst geëvalueerd. Net zoals de implementatie van de checklist, was deelname aan deze enquête vrijwillig.

Op 31 januari 2012 hadden 90 van de 105 deelnemende acute ziekenhuizen de volledige vragenlijst teruggestuurd. Zesentachtig procent (n=79) gebruikte een checklist in het operatiekwartier. Bij analyse van de resultaten van het onderdeel ‘compliance’ bleek een variabiliteit te bestaan tussen de drie sleutelmomenten van de checklist: *sign in* (vóór de inductie van de anesthesie), *time out* (vóór de incisie) en *sign out* (vooraleer de patiënt de operatiezaal verlaat). Het gemiddelde invulpercentage van elk van deze drie onderdelen bedroeg respectievelijk: 77 %, 53 % en 46 %.



Rekening houdend met de actuele ontwikkelingen (zoals ziekenhuisaccreditatie en het nalevingstoezicht van de Vlaamse overheid) heeft de FOD Volksgezondheid, het thema ‘Safe Surgery’ ook geïntegreerd in zijn tweede meerjarig programma ‘Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2013-2017’.

De strategische doelstelling voor ‘Kluis Surgery’ werd door de FOD Volksgezondheid als volgt geformuleerd:

‘Safe Surgery’ is een prioritair aandachtspunt in het kwaliteits-en patiëntveiligheidsbeleid van de acute instelling waarbinnen alle betrokken actoren hun verantwoordelijkheid opnemen en waarbij innovatieve instrumenten en methodes worden geïmplementeerd om een ‘Kluis Surgery’ te garanderen’.

In het tweede meerjarig programma verbinden de ziekenhuizen zich er toe om de checklist van het type ‘Safe Surgery’ (WHO) over te nemen in een ziekenhuis-/dienstgeigen checklist. Ook de evaluatie van de implementatie van de checklist en de communicatie over de resultaten ervan zijn onderdeel van het tweede meerjarig programma (2013-2017) (Cf. tabel 1).

³ FOD Volksgezondheid, begeleidende nota meerjarenplan 2013-2017, januari 2013.

Tabel 1: Criteria en verantwoordelijke actoren voor 'Safe Surgery'

	'SAFE SURGERY'	
	Criteria	Verantwoordelijke actoren
Veiligheidsmanagement-systeem	<p>Criterium 5</p> <p>Een checklist van het type 'Safe Surgery' overnemen in een ziekenhuis-/dienstgeen checklist zodanig dat deze toegepast wordt bij elk invasief onderzoek en bij elke geplande ingreep.</p>	<p>Verantwoordelijke actoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuismanagement • Chirurgen • Anesthesisten • Operatieverpleegkundigen • Kwaliteitscoördinatoren • Medewerkers patiëntveiligheid • Comité patiëntveiligheid
Leiderschap	<p>Criterium 6</p> <p>Een systeem van veiligheidsrondes voor het perioperatief zorgproces en invasieve onderzoeken zodanig organiseren dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • algemeen en klinisch leidinggevend systematisch en gestructureerd hieraan deelnemen • de veiligheidscultuur verhoogt. 	<p>Verantwoordelijke actoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuismanagement • Algemeen directeur en andere directieleden • Verantwoordelijke diensthoofden • Chirurgen • Anesthesisten • Operatieverpleegkundigen • Kwaliteitscoördinatoren • Medewerkers patiëntveiligheid • Comité patiëntveiligheid
Communicatie	<p>Criterium 7</p> <p>In multidisciplinair verband communiceren over de resultaten van de steekproeven over het gebruik van de checklist zodanig dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bij elk invasief onderzoek en bij elke geplande ingreep de checklist systematisch wordt gebruikt • de veiligheidscultuur verhoogt. 	<p>Verantwoordelijke actoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuismanagement • Kwaliteitscoördinatoren • Medewerkers patiëntveiligheid • Comité patiëntveiligheid • Chirurgen • Anesthesisten • Operatieverpleegkundigen
Patiënt en familie empowerment	<p>Criterium 8</p> <p>Bij elke geplande ingreep en invasief onderzoek de patiënt en zijn/haar familie zodanig op de hoogte brengen van de werkwijze, de risico's en gevolgen dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ze goed voorbereid zijn om de interventie te ondergaan • ze actief betrokken zijn bij hun eigen veiligheid. 	<p>Verantwoordelijke actoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundigen • Operatieverpleegkundigen • Chirurgen • Anesthesisten • Kwaliteitscoördinatoren • Medewerkers patiëntveiligheid • Comité patiëntveiligheid • Ziekenhuismanagement • Patiënten en hun familie

In november 2013 heeft de FOD Volksgezondheid de ziekenhuizen uitgenodigd om deel te nemen aan een tweede enquête over het gebruik van de checklist in het operatiekwartier. De vragen werden verfijnd op basis van de resultaten van de eerste enquête en er werd rekening gehouden met de vragen geformuleerd door de deelnemende ziekenhuizen.

Dit rapport bestaat uit vier grote onderdelen. In de eerste twee hoofdstukken wordt een overzicht gegeven van de resultaten van enquête uit 2013 en worden de resultaten ervan vergeleken met deze van de eerste enquête uit 2011. Vervolgens worden de resultaten geïnterpreteerd en het rapport wordt afgesloten met de belangrijkste conclusies en enkele oriëntaties voor de toekomst.

Hoofdstuk 1: Resultaten van de tweede enquête

1. Waarom een retrospectieve studie op basis van een steekproef?

Het verzamelen van gegevens op basis van een steekproef is een vernieuwende en originele aanpak. Deze korte enquêtes bevorderen een snelle communicatie van de resultaten (boordtabellen, ...) naar de betrokken zorgverleners. Het *'Institute for Healthcare Improvement'* (IHI) omschrijft het gebruik van korte enquêtes als volgt⁴:

'Korte enquêtes zijn bedoeld om een snelle en eenvoudige feedback te bekomen die toelaat om na te gaan of de verbeteracties in de goede richting evolueren. Zorgteams kunnen deze methode ook gebruiken om bepaalde interessegebieden in kaart te brengen. Korte enquêtes zijn ook bruikbare instrumenten voor de uitvoering van PDSA-cycli'.

Het 'IHI' stipt een aantal voordelen aan om het gebruik van korte enquêtes te stimuleren:

- ze zijn goedkoper dan grootschalige enquêtes
- ze leveren een onmiddellijke feedback, waardoor de PDSA-cyclus sneller kan worden afgerond
- ze zijn gemakkelijk te realiseren
- ze laten toe om te focussen op een bepaalde populatie (bv. enkel diabetespatiënten) of een proces (bv. de identiteit van de patiënt).

Een aantal studies bevestigen eveneens het nut van methodes zoals korte enquêtes en audits. Al in 2008 heeft een Zwitserse studie ⁵aangetoond dat audits en snelle communicatie daadwerkelijk bijdragen tot verandering en leiden tot een betere naleving van de regels, zoals bv. voor de identificatie van de patiënt en het aanduiden van de plaats van de ingreep. Bovendien blijkt dat de communicatieproblemen tussen patiënten en zorgprofessionals verminderen en dat de samenwerking tussen de verschillende

⁴ <http://www.ih.org/knowledge/Pages/Tools/ShortSurvey.aspx>

⁵ GARNERIN P. et al. : Verifying patient identity and site of surgery : Improving compliance with protocol by audit and feedback. Qual Saf Health Care 17 :424-428, Dec. 2008.

chirurgische diensten verbetert. In de ‘*Safe Surgery Guide*’ stimuleert de ‘*Joint Commission International*’ het uitvoeren van compliantie- en andere metingen op regelmatige basis (aantal of % aangeduide plaatsen, aantal of % volledig ingevulde checklists, aantal keren dat de patiënt zijn identiteit heeft bevestigd, ...). Ook in Frankrijk delen de meeste instellingen de mening dat moet ingezet worden op een betere communicatie naar het betrokken personeel met bijvoorbeeld boordtabellen van resultaten die maandelijks worden gecommuniceerd in het operatiekwartier en de ontwaakzaal⁶.

In deze context heeft de FOD Volksgezondheid een tweede retrospectieve studie geïnitieerd. Tevens worden ziekenhuizen gestimuleerd om op eigen initiatief en los van de gevraagde oefening door de overheid dergelijke korte enquêtes op regelmatige tijdstippen te organiseren.

2. Doelstellingen van de enquête

De enquête werd aangeboden aan 105 Belgische acute ziekenhuizen en had vier doelstellingen:

- na te gaan of de ziekenhuizen een checklist in het operatiekwartier gebruiken;
- de evolutie van het gebruik van de checklist in kaart te brengen (onderdeel compliantie);
- ziekenhuizen aan te moedigen om retrospectieve studies op basis van een steekproef uit te voeren;
- ziekenhuizen aan te moedigen om te communiceren over de resultaten van deze studies aan het betrokken zorgverleners en aan de directie.

3. Methode

3.1. Richtlijnen voor het uitvoeren van de retrospectieve studie

Aan de kwaliteitscoördinator van de acute ziekenhuizen werd gevraagd om een retrospectieve analyse uit te voeren van medische dossiers van de eerste 25 geplande ingrepen van 21 of 28 november 2013

⁶ Verslag van de vierde vergadering van het comité ‘partage et de retour d’expérience’, Lyon, 4 november 2011. HAS – CEPPRAL, La prévention des erreurs de procédures en chirurgie. Lettre d’information High 5s nr. 2, januari 2012, 2p

(klassieke chirurgie of daghospitalisatie, behalve spoedgevallen). Een willekeurig gekozen datum werd opgelegd om een identieke referentiedag voor elk ziekenhuis te hebben.

Om te rapporteren over de resultaten ontwikkelde de FOD Volksgezondheid een elektronisch rapportage-instrument in Exel dat per mail aan de directies en de kwaliteitscoördinatoren van de 105 acute Belgische ziekenhuizen werd verstuurd. Het rapportage-instrument en de ondersteunende documenten waren ook op de website www.patient-safety.be beschikbaar.

De ziekenhuizen hadden tijd tot 15 januari 2014 om te rapporteren.

3.2. Inhoud van de vragenlijst

De inhoud van de vragenlijst wordt hierna weergegeven. De vragenlijst is ook terug te vinden op www.patient-safety.be (rubriek 'Safe Surgery').

a. Vragen over de implementatie van een checklist in het operatiekwartier

Met de volgende vragen werd nagegaan of en hoe de acute ziekenhuizen een checklist van het type 'Safe Surgery' in het operatiekwartier hebben geïmplementeerd.

- Gebruikt uw instelling een checklist van het type 'Safe Surgery'?
- Welke checklist gebruikt uw instelling?
- Maakt de checklist deel uit van het patiëntendossier?
- Waar wordt de checklist gearhiveerd na de ingreep?
- Is de checklist geïnformatiseerd?
- Wordt minstens één keer per jaar vergaderd/gediscussieerd over de checklist in het comité voor het operatiekwartier of een gelijkwaardige multidisciplinaire structuur, de medische raad, het comité voor de kwaliteit en de patiëntveiligheid?
- Wordt de patiënt en zijn familie systematisch geïnformeerd over de checklist (brochure, onthaalboekje, affiche, mondelinge communicatie,)?
- Heeft de checklist ervoor gezorgd dat een fout vermeden werd of een gebrekkig toestel ontdekt kon worden?
- Werden de resultaten van de gepersonaliseerde feedback over de enquête van 2011 voorgesteld

- Hoe heeft uw instelling de resultaten van de gepersonaliseerde feedback over de enquête van 2011 meegedeeld?
- Werden er naar aanleiding van deze feedback verbeteracties geïmplementeerd?

Bijkomend werd aan de Vlaamse ziekenhuizen gevraagd naar hun akkoord om de resultaten van de FOD-enquête door te geven aan de onderzoekers van de VIP²-studie

b. Vragen over het gebruik van de checklist (compliance)

Om het gebruik van de checklist te controleren werd, op basis van de informatie bekomen uit de medische dossiers van de eerste 25 geplande ingrepen van de gekozen datum, gevraagd om de volgende elementen aan te geven:

- de specialiteit van de ingreep (multiple choice en een vakje 'andere')
- het type chirurgie (klassieke chirurgie of daghospitalisatie)
- of het ging om:
 - een gecontroleerd item (aangevinkt)
 - een niet-gecontroleerd item (niet aangevinkt)
 - een item dat gecontroleerd werd via een andere procedure
 - een item dat niet voorkomt in de checklist.

4. Analyse van de resultaten

4.1. Deelname aan de enquête

Honderd en vijf Belgische ziekenhuizen hebben een erkenning als acuut ziekenhuis. Op 15 januari 2014 ontving de FOD Volksgezondheid 87 ingevulde rapportages over de implementatie en het gebruik van de checklist 'Safe Surgery' in het operatiekwartier.

Van deze 87 ziekenhuizen hadden 82 ziekenhuizen een erkenningsnummer: drie ziekenhuizen bestaande uit verschillende sites hebben twee rapporten (1 per site) doorgestuurd en één ziekenhuis met verschillende sites heeft drie rapporten (1 per site) doorgestuurd.

Op vraag van deze ziekenhuizen heeft de FOD Volksgezondheid meerdere rapportages per erkenningsnummer geaccepteerd. Op deze manier kunnen ook de resultaten tussen de verschillende sites van eenzelfde ziekenhuis (cultuur, praktijken,) vergeleken worden.

De resultaten van deze steekproef hebben dus betrekking op 87 ziekenhuizen.

Kort samengevat heeft de steekproef van deze studie betrekking op:

Aantal Belgische ziekenhuizen met een erkenningsnummer als acuut ziekenhuis: 105

Aantal ziekenhuizen met een erkenningsnummer dat op de enquête heeft geantwoord: 82

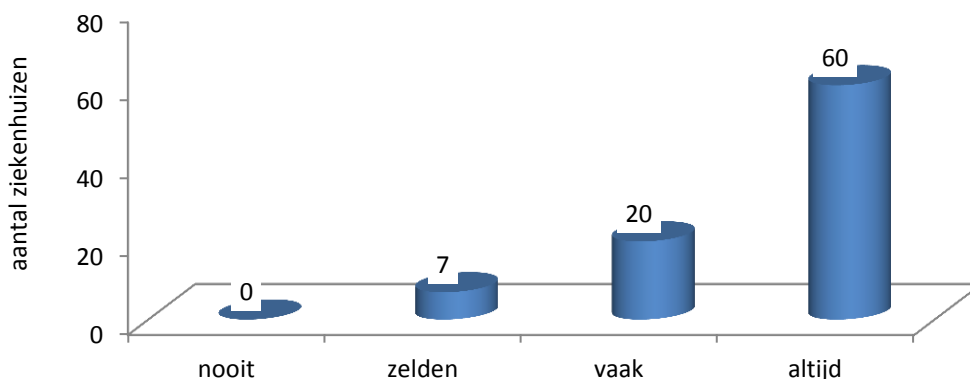
Aantal ziekenhuizen dat betrokken was bij de analyse: 87

4.2. Resultaten van het onderdeel 'implementatie van de checklist in het operatiekwartier'

Vraag 1

Gebruikt uw instelling een checklist van het type 'Safe Surgery'?

Alle ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord (n=87).



Leg uit waarom uw instelling geen of zelden gebruik maakt van een checklist in het operatiekwartier en of er binnenkort één zal worden ingevoerd.

De 7 ziekenhuizen die de vraag met 'zelden' hebben beantwoord, hebben hun antwoord verder gespecificeerd.

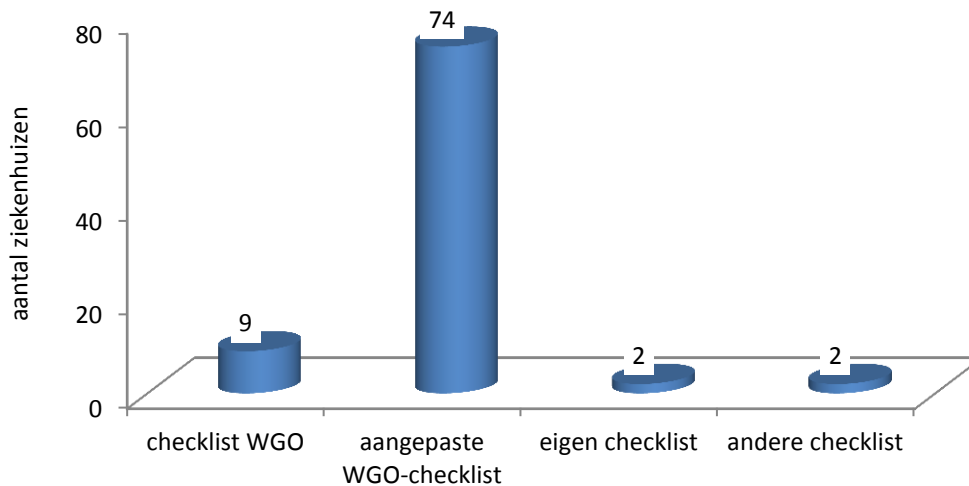
Voorbeelden

- Er is een nieuwe sensibilisatiefase (voor het gebruik van de checklist) gepland. De (nationale en lokale) resultaten van de enquête zullen als hefboom dienen (2 keer geciteerd);
- De checklist zal in 2014 worden geïnformatiseerd en zal het voorwerp van een campagne zijn (1 keer geciteerd);
- De checklist is recent ingevoerd. We bevinden ons nog steeds in een inwerkperiode (2 keer geciteerd);
- We wachten op de resultaten van de enquête om de redenen van de 'non-compliance' te analyseren (1 keer geciteerd);
- Het gebruik van de checklist hangt af van de anesthesist en de chirurg die in de operatiezaal aanwezig zijn. De enkele goede resultaten hangen af van bepaalde medewerkers (1 keer geciteerd);
- Het probleem bestaat eruit om een checklistcoördinator aan te wijzen en te verantwoorden (1 keer geciteerd);
- Er is een multidisciplinair team opgericht om het gebruik van de checklist opnieuw te lanceren (1 keer geciteerd).
-

Vraag 2

Welke checklist gebruikt uw instelling?

Alle ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord (n=87).



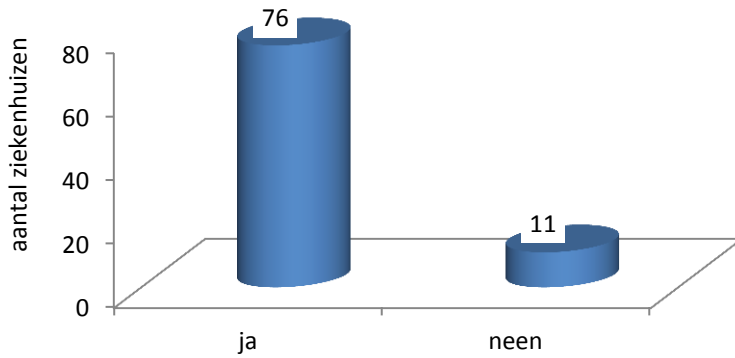
Andere checklists:

- de checklist van de 'Haute Autorité de Santé' (HAS) die is geïntegreerd in het operatiedossier;
- een checklist die is aangepast op basis van de checklist van HAS en geïntegreerd is in het operatiedossier.

Vraag 3

Maakt de checklist deel uit van het patiëntendossier?

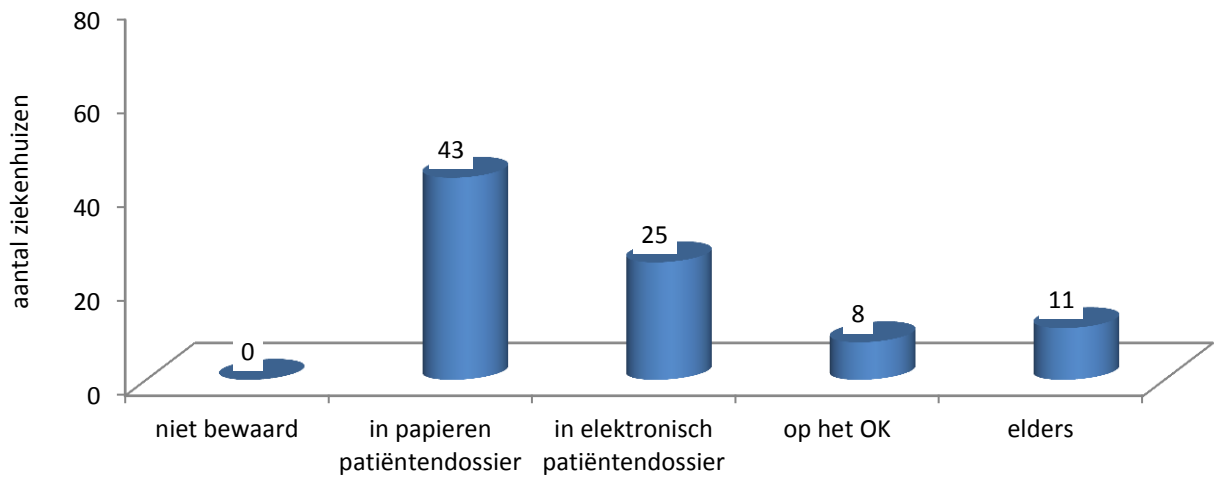
Alle ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord (n=87).



Vraag 4

Waar wordt de checklist bewaard na de interventie?

Alle ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord (n=87).



Voorbeelden voor de antwoorden 'elders' (n=11)

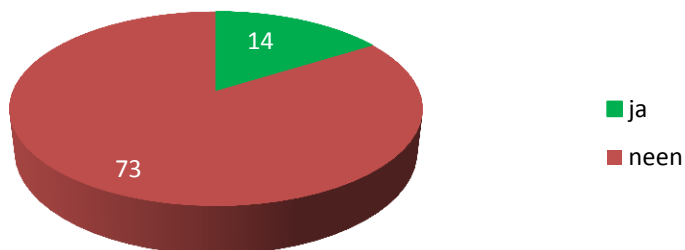
- de papieren versie van de checklist wordt gescand en vervolgens geïntegreerd in een elektronisch dossier (dpe /verpleegkundig dossier) (8 keer geciteerd);
- gearhiveerd in de cel kwaliteit (2 keer geciteerd);
- in de archieven (1 keer geciteerd).

Vraag 5

Bestaat er een elektronische versie van de checklist?

Alle ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord (n=87).

Slechts 14 ziekenhuizen beschikken over een elektronische versie van de checklist.



Vraag 6

Is de checklist minstens eenmaal per jaar een agendapunt van vergadering / discussie

Alle ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord (n=87).

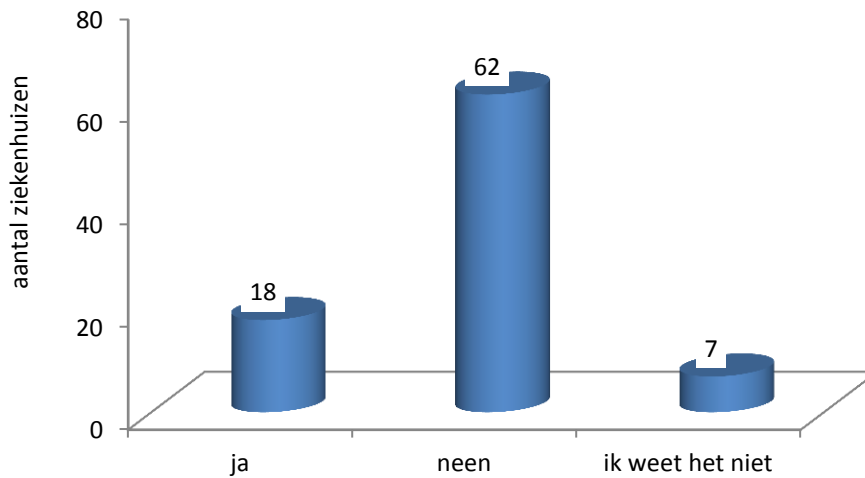
Meerdere antwoorden waren mogelijk.

In het comité voor het operatiekwartier of een gelijkwaardige multidisciplinaire structuur	74
In de medische raad	16
In het comité voor de kwaliteit en de patiëntveiligheid	63
Voorbeelden van de antwoordcategorie 'andere'	25
<ul style="list-style-type: none">• directiecomité• medische directie• dienstvergadering (chirurgie)• vergadering hoofdverpleegkundigen• werkgroep accreditering	

Vraag 7

Worden patiënten systematisch geïnformeerd over de checklist (brochure, onthaalboekje, affiche, mondelinge communicatie,)?

Alle ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord (n=87).



⇒ Deze vraag verwijst naar criterium 8 uit het tweede meerjarig programma 2013-2017 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid van de FOD Volksgezondheid.

Criterium 8:

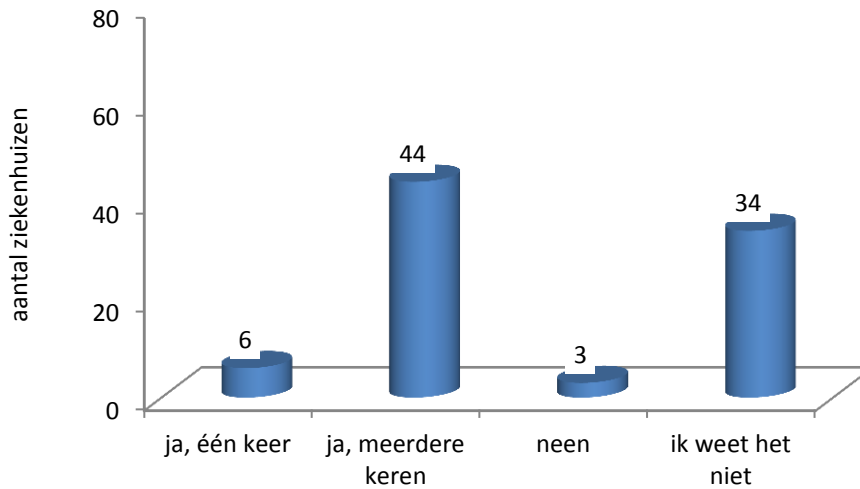
Bij elke geplande ingreep en invasief onderzoek de patiënt en zijn/haar familie zodanig op de hoogte brengen van de werkwijze, de risico's en gevolgend dat:

- ze goed voorbereid zijn om de interventie te ondergaan
- ze actief betrokken zijn bij hun eigen veiligheid.

Vraag 8

Sinds zijn invoering, heeft de checklist ervoor gezorgd dat een fout werd vermeden of een gebrekkig toestel ontdekt kon worden?

Alle ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord (n=87).



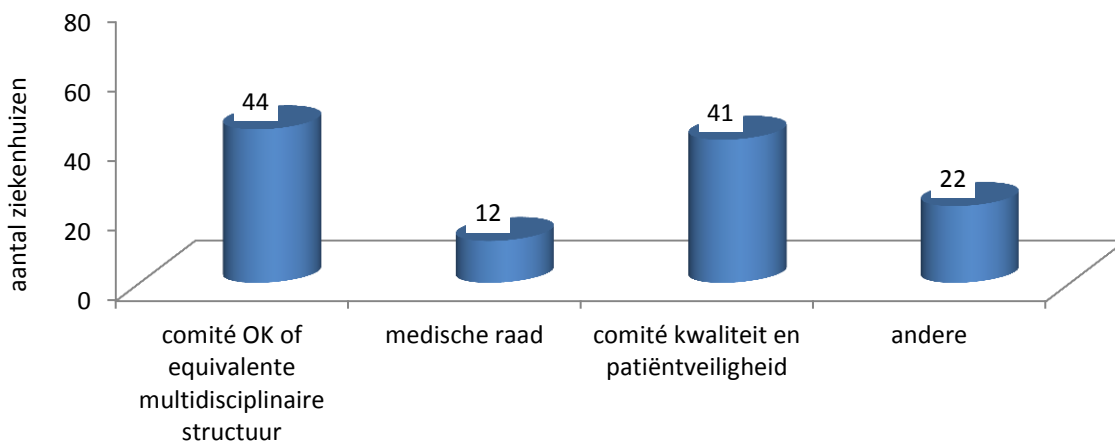
Voorbeelden van fouten of vermelde verstoringen (verschillende antwoorden mogelijk)

• verkeerde kant/markering;	17
• identificatie van de patiënt;	16
• controle van het materiaal (beschikbaar materiaal, niet klaar, defect);	12
• allergie;	10
• steriliteit (infectierisico, niet-steriel of verdacht materiaal);	4
• antibioprofylaxie;	2
• inventarisatie van de kompressen;	2
• bloed niet beschikbaar;	2
• formulering van de ingreep.	1

Vraag 9

Indien uw instelling deelnam aan de 2011-enquête, werden de resultaten van de gepersonaliseerde feedback gepresenteerd op een vergadering?

78 ziekenhuizen hebben deelgenomen aan de enquête in 2011.
Meerdere antwoorden waren mogelijk.



⇒ Deze vraag verwijst naar criterium 7 uit het tweede meerjarig programma 2013-2017 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' van de FOD volksgezondheid.

Criterium 7:

In multidisciplinair verband communiceren over de resultaten van de steekproeven over het gebruik van de checklist zodanig dat:

- bij elk invasief onderzoek en bij elke geplande ingreep de checklist systematisch wordt gebruikt
- de veiligheidscultuur verhoogt.

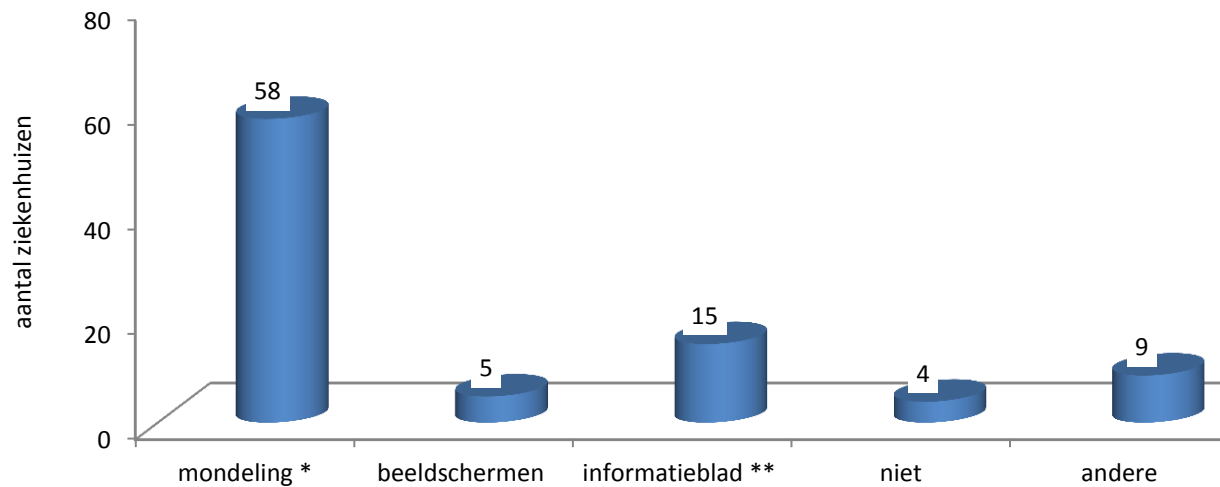
De meest geciteerde voorbeelden voor het antwoord 'andere'.

- medische directie (5 keer geciteerd) ;
- teamvergadering van het operatiekwartier (5 keer geciteerd);
- directie nursing (4 keer geciteerd);
- directiecomité (3 keer geciteerd);
- vergadering RMM (1 keer geciteerd) ;
- stuurcomité 'accreditering' (1 keer geciteerd);
- stuurgroep 'kwaliteit' (1 keer geciteerd).

Vraag 10

Hoe heeft uw instelling de resultaten van de gepersonaliseerde feedback gecommuniceerd?

In 2011 namen 78 ziekenhuizen deel aan de enquête.
Meerdere antwoorden waren mogelijk.



* tijdens vergaderingen, opleidingen,...

**nieuwsbrief, personeelsblad, intranet, ...

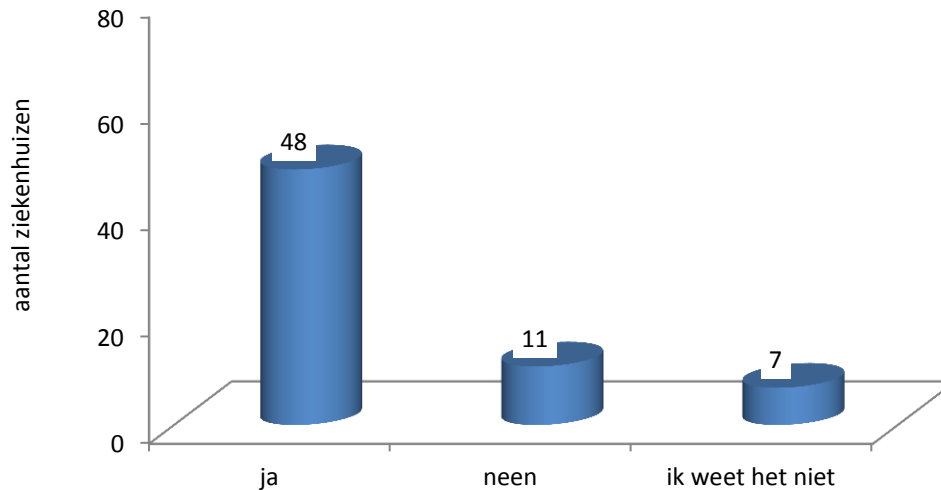
De geciteerde voorbeelden voor het antwoord 'andere' (n=9)

- per mail (4 keer geciteerd);
- (PPT)-presentatie (3 keer geciteerd) ;
- vergadering met de directie (2 keer geciteerd).

Vraag 11

Werden er na deze feedback verbeteracties ingevoerd?

In 2011 namen 78 ziekenhuizen deel aan de enquête, 12 hebben deze vraag niet beantwoord (n=66).



Voorbeelden van verbeteracties die naar aanleiding van de feedback werden geïmplementeerd (30 van de 66 ziekenhuizen hebben op deze vraag geantwoord)

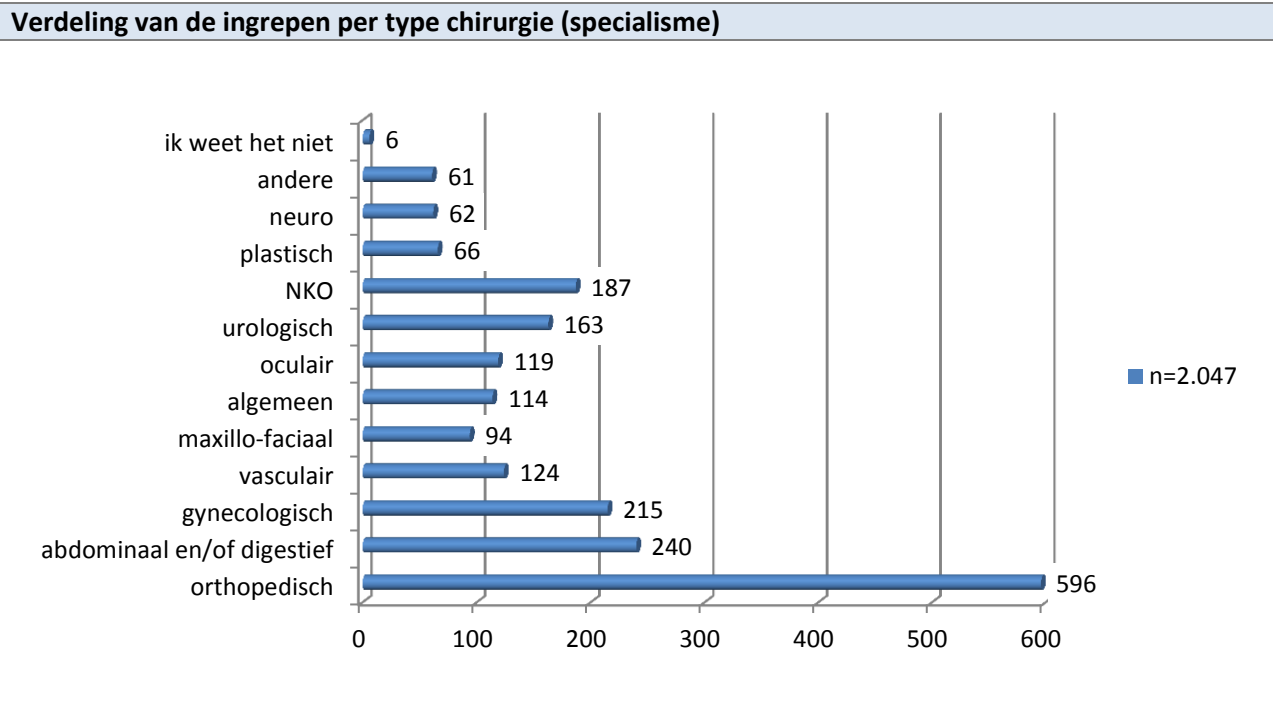
- de checklist werd aangepast (16 keer geciteerd);
- er is een sensibilisatieactie opgezet (posters, campagne...) (6 keer geciteerd);
- er werden regelmatig enquêtes op basis van de steekproef georganiseerd (5 keer geciteerd);
- er is aan het personeel een opleiding gegeven (2 keer geciteerd);
- er werd een kwaliteitscoördinator aangewezen (1 keer geciteerd).

4.3. Resultaten van het onderdeel 'compliance'

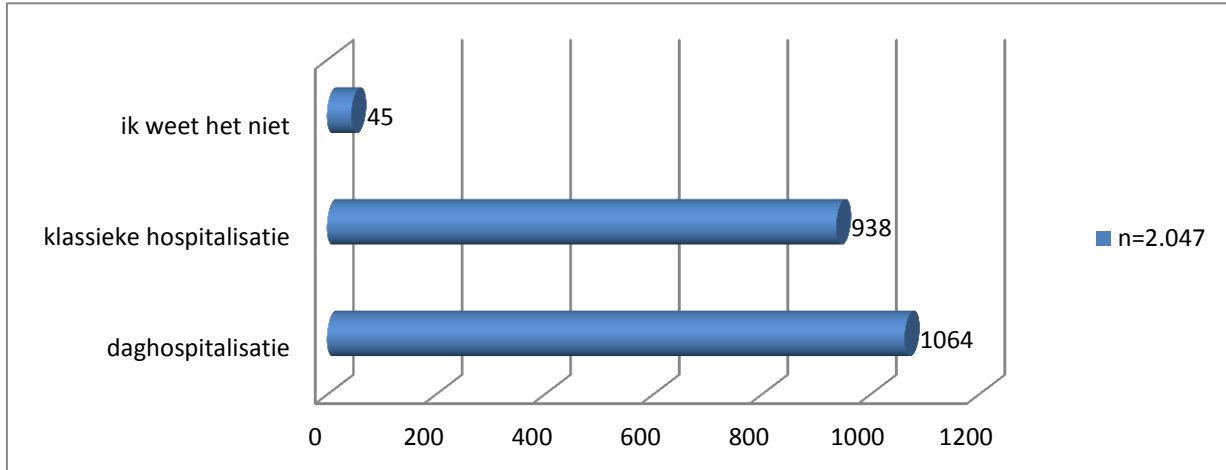
Kort samengevat heeft deze steekproef, voor wat het onderdeel compliance betreft, betrekking op:

Aantal ziekenhuizen dat bij de analyse betrokken is: 87*
Aantal mogelijke ingrepen: 2.175
Aantal ingrepen die zijn gerealiseerd op 21/11 of 28/11: 2.047
Aantal volledig ingevulde en geanalyseerde checklists: 1.899

*82 verschillende erkenningsnummers. Een ziekenhuis met verschillende sites heeft 3 rapporten (1/site) en 3 ziekenhuizen met verschillende sites hebben 2 rapporten (1/site) ingediend.



Verdeling van de ingrepen per type hospitalisatie



Methodologie voor het onderdeel 'compliance'

Aan de kwaliteitscoördinator werd gevraagd om de medische dossiers te bekijken van de eerste 25 geplande ingrepen van 21 of 28 november 2013.

Het rapportage-instrument voor de enquête was gebaseerd op de checklist van de WGO met de bedoeling om zo na te gaan of elk item van de checklist werd gecontroleerd.

Om het gebruik van de checklist door zorgprofessionals in het operatiekwartier te verhogen, adviseren zowel de WGO als de FOD Volksgezondheid om de checklist aan te passen aan de specifieke kenmerken van de instelling (grootte van de instelling, soort ingreep, lokale praktijken). De items die zich op de checklist van de WGO bevinden, blijven echter de referentie voor elke aangepaste checklist. Dus de ideeën en de essentie van de items van de checklist van de WGO dienen à priori te worden teruggevonden in alle checklists, ook onder een andere formulering.

In 2011 konden ziekenhuizen per item enkel kiezen uit twee mogelijke antwoordcategorieën: *'aangevinkt (gecontroleerd) item'* versus *'niet-aangevinkt (niet-gecontroleerd) item'*. Op vraag van de ziekenhuizen werden de antwoordmogelijkheden uitgebreid van 2 naar 4.

Zo kunnen ziekenhuizen voor items die niet in hun checklist voorkomen, toch een keuze maken uit de antwoordcategorieën *'controle via een andere procedure'* en *'dit item komt niet voor in onze checklist'*.

De manier waarop deze vier antwoordcategorieën geïnterpreteerd moeten worden, werd beschreven in een begeleidend document dat samen met de enquête werd bezorgd.

Hieronder wordt de interpretatie van de respectievelijke antwoorden nogmaals omschreven.

Wat verstaat men onder: '(aangevinkt) gecontroleerd item'?

Het item komt voor in de checklist en de checklistcoördinator (verpleegkundige, arts) heeft de controle uitgevoerd. De patiënt of de betrokken zorgverlener (chirurg, anesthesist, verpleegkundig team ...) heeft geantwoord.

Voorbeelden

De plaats van de ingreep is aangeduid: 'Ja 'of 'Niet van toepassing' in de checklist)

- *De vraag is gesteld en de plaats van de ingreep is goed aangeduid => (aangevinkt) gecontroleerd item*
- *De vraag is gesteld en de plaats dient niet te worden aangeduid (niet van toepassing) => (aangevinkt) gecontroleerd item*
- *De vraag is gesteld en de plaats van de ingreep is slecht aangeduid (opsporing van een zo goed als ongewenst evenement) => (aangevinkt) gecontroleerd item*

Wat verstaat men onder: '(niet-aangevinkt) niet-gecontroleerd item'?

Het item komt voor in de checklist en de checklistcoördinator (verpleegkundige, arts) heeft de controle uitgevoerd. De patiënt of de betrokken zorgverlener (chirurg, anesthesist, verpleegkundig team ...) heeft niet geantwoord.

OF

Het item komt voor in uw checklist en de checklistcoördinator (verpleegkundige, arts) heeft deze controle niet uitgevoerd, hij heeft de vraag niet gesteld.

Voorbeelden

De chirurg heeft het volgende toegelicht: indien er specifieke problemen te voorzien zijn

- *De vraag is gesteld en de chirurg heeft niet geantwoord => (niet-aangevinkt) niet-gecontroleerd item*
- *De vraag is niet gesteld => (niet-aangevinkt) niet-gecontroleerd item*

Wat verstaat men onder: 'controle via een andere procedure'?

Voor de items die worden gecontroleerd, maar niet via de checklist.

Sommige items komen niet voor op de checklist, aangezien ze **systematisch** via een andere, specifieke procedure worden gecontroleerd.

Bv. de controle van de anesthesietoestellen die verloopt via een specifieke procedure of de inventarisatie van de kompressen en de naalden dat via een ander document gebeurt.

Wat verstaat men onder: 'dit item komt niet voor in onze checklist'?

Voor de items die niet worden gecontroleerd.

Door de aanpassing van de checklist, kunnen sommige items uit de oorspronkelijke checklist zijn verwijderd.

Bv. wanneer de procedure gestandaardiseerd is en niet meer dient te worden gecontroleerd (zoals de implementatie van de pulsoximeter).

Voor de berekening van de compliance werd ervoor gekozen om de antwoordcategorieën '(aangevinkt) gecontroleerd item', 'controle via een andere procedure versus '(niet-aangevinkt) en 'niet-gecontroleerd

item' in rekening te brengen. De antwoorden op de vraag 'dit item komt niet voor in onze checklist' werden niet in de analyse opgenomen.

Compliantie: nationale gemiddelden

In tabel 2 worden de nationale gemiddelden van de aangevinkte vakjes voor elk item (*Sign in – Time out – Sign out*) vergeleken. Uit de analyse blijkt dat binnen éénzelfde sleutelmoment sommige items meer dan andere werden aangevinkt.

Tabel 2: vergelijking van de nationale gemiddelden van aangevinkte vakjes per sleutelmoment (in %)

	compliantie van alle items per sleutelmoment (nationaal gemiddelde)	items met de laagste compliantie (nationaal gemiddelde)	items met de hoogste compliantie (nationaal gemiddelde)
SIGN IN	81 %	Item 07 (74 %) 'Heeft de patiënt een risico op bloedverlies >500ml (7ml/kg bij kind)?'	item 01 (87 %) 'Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd evenals de ingreep, de plaats van de ingreep, en heeft de patiënt zijn/haar toestemming gegeven?'
TIME OUT	70 %	item 12 (59 %) 'Check voor de chirurg: hoelang zal de ingreep duren'	item 15 (79 %) 'Check voor het verpleegkundig team: werd de steriliteit bevestigd?'
SIGN OUT	64 %	item 20 (60 %) 'De checklist verantwoordelijke bevestigt mondeling het etiketteren van de weefselstalen' en item 21 (60 %) 'De checklist verantwoordelijke bevestigt mondeling of er problemen zijn met de uitrusting die moet worden nagekeken'	item 19 (70%) 'De checklist verantwoordelijke bevestigt mondeling de benaming van de uitgevoerde ingreep'

Hierna wordt gedetailleerd ingegaan op de resultaten van de drie sleutelmomenten: *'sign in – time out – sign out'*.

Sign in – vóór inductie van de anesthesie

Vóór de inductie van de anesthesie, bevestigt de checklistcoördinator mondeling, samen met de patiënt (indien mogelijk) en in aanwezigheid van de verpleegkundige en de anesthesist zijn identiteit, de plaats en de aard van de ingreep alsook het feit dat zijn toestemming is gegeven. De checklistcoördinator bevestigt dat de plaats aangeduid is (indien van toepassing) en overloopt mondeling met de anesthesist het risico op bloedverlies en op ademhalings- en allergieproblemen bij de patiënt. Hij bevestigt ook dat veiligheidscontroles zijn uitgevoerd zowel voor de apparatuur als voor de bij de anesthesie gebruikte geneesmiddelen. Idealiter is de chirurg tijdens deze procedure aanwezig omdat hij een preciezer beeld heeft van het risico op bloedverlies, allergie of andere mogelijke complicaties. De chirurg speelt bovendien een belangrijke rol bij het identificeren van de patiënt. Zijn aanwezigheid en zijn bevestiging dat het over de juiste patiënt gaat, garanderen dat de patiënt niet onnodig wordt verdoofd.

Bij analyse van de items van de *'sign in'* bleek dat deze relatief goed worden opgevolgd met een gemiddelde van 81%.

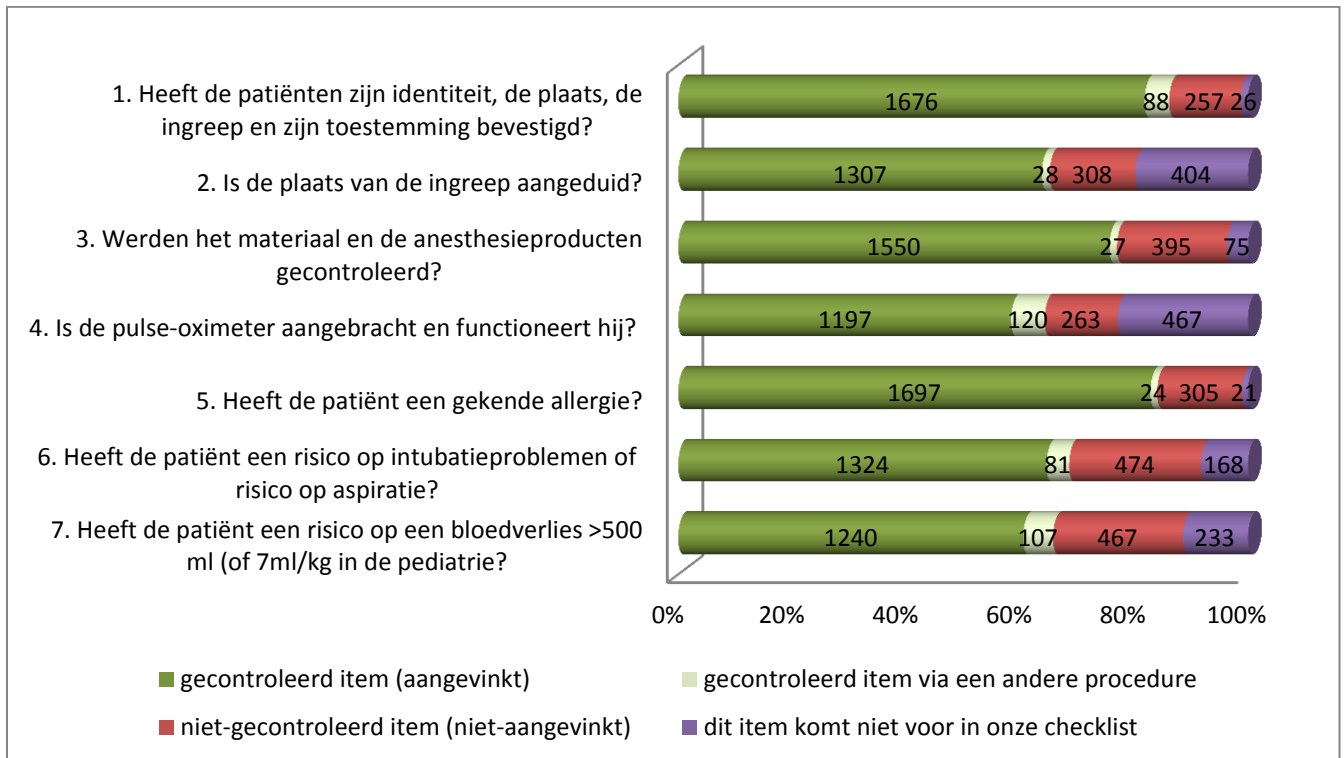
Met een controlepercentage van 87 % is het item *'Heeft de patiënt zijn identiteit, de plaats, de ingreep en zijn toestemming bevestigd?'* het meest gecontroleerd. Het item *'Heeft de patiënt een gekende allergie?'* volgt met een controlepercentage van 85 %. Voor het item *'Is de pulsoximeter voorhanden en functioneert hij?'*, ligt het controlepercentage ook boven de 80 %, nl. 83 %.

De items *'Heeft de patiënt een risico op bloedverlies >500 ml?'* (of *7ml/kg in de pediatrie*) en *'Heeft de patiënt een risico op moeilijke intubatie of een risico voor inhalatie?'* zijn de items die het minst worden gecontroleerd tijdens de *sign in* (respectievelijk 74 % en 75 %).

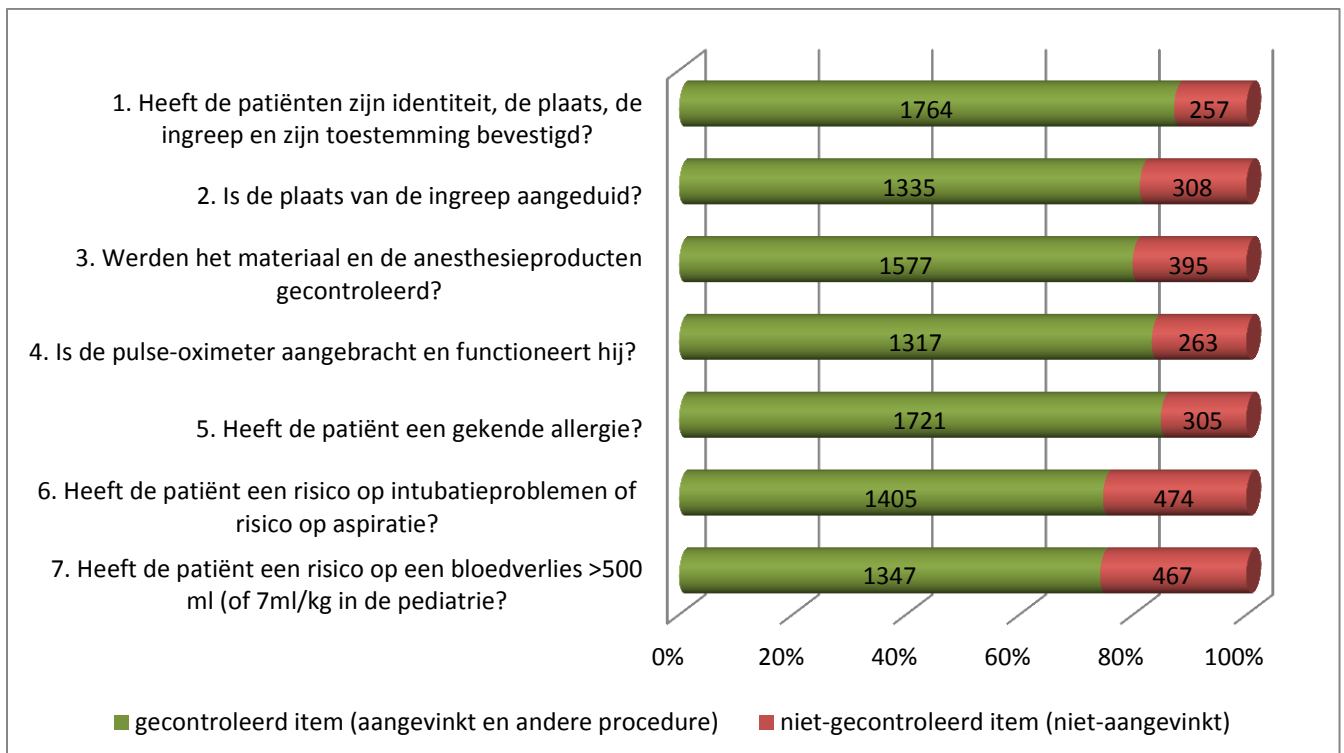
Het is opvallend dat de items *'Is de plaats van de ingreep aangeduid?'* en *'Is de pulsoximeter aangebracht en functioneert hij?'* ontbreken in respectievelijk 20 % en 23 % van de checklists. Dit betekent dat deze items niet gecontroleerd worden. Wat betreft het gebruik van een pulsoximeter heerst de opvatting dat dit item zinloos is.

De grafieken 1 en 2 geven de resultaten weer van de items uit de *sign-in*.

Grafiek 1: overzicht van de items uit de *sign-in* en de wijze waarop deze worden gecontroleerd



Grafiek 2: overzicht van alle gecontroleerde en niet gecontroleerde items uit de *sign-in* (onafhankelijk van de gebruikte controlemethode)



Time out – vóór de incisie van de huid

Het chirurgisch team (de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg) last vlak voor vóór de incisie van de huid een pauze in om luidop de identiteit van de patiënt, de ingreep en de plaats van de ingreep te bevestigen. Alle leden van het chirurgisch team overlopen vervolgens mondeling en beurtelings de kritieke gebeurtenissen die zich zouden kunnen voordoen. Ze bevestigen ook of er de voorbije 60 minuten antibioticaprofylaxe werd toegediend en of al het relevante beeldmateriaal in de operatiezaal beschikbaar is.

Bij analyse van de items van de *'time out'* bleek dat deze minder goed worden opgevolgd dan de items uit de *'sign in'* (gemiddeld 70 %).

Voor de items *'Werd de steriliteit bevestigd?'* en *'Bevestiging van de identiteit van de patiënt, de ingreep en de plaats van de ingreep'* wordt een relatief hoog controlepercentage vastgesteld, respectievelijk 79 % en 77 %.

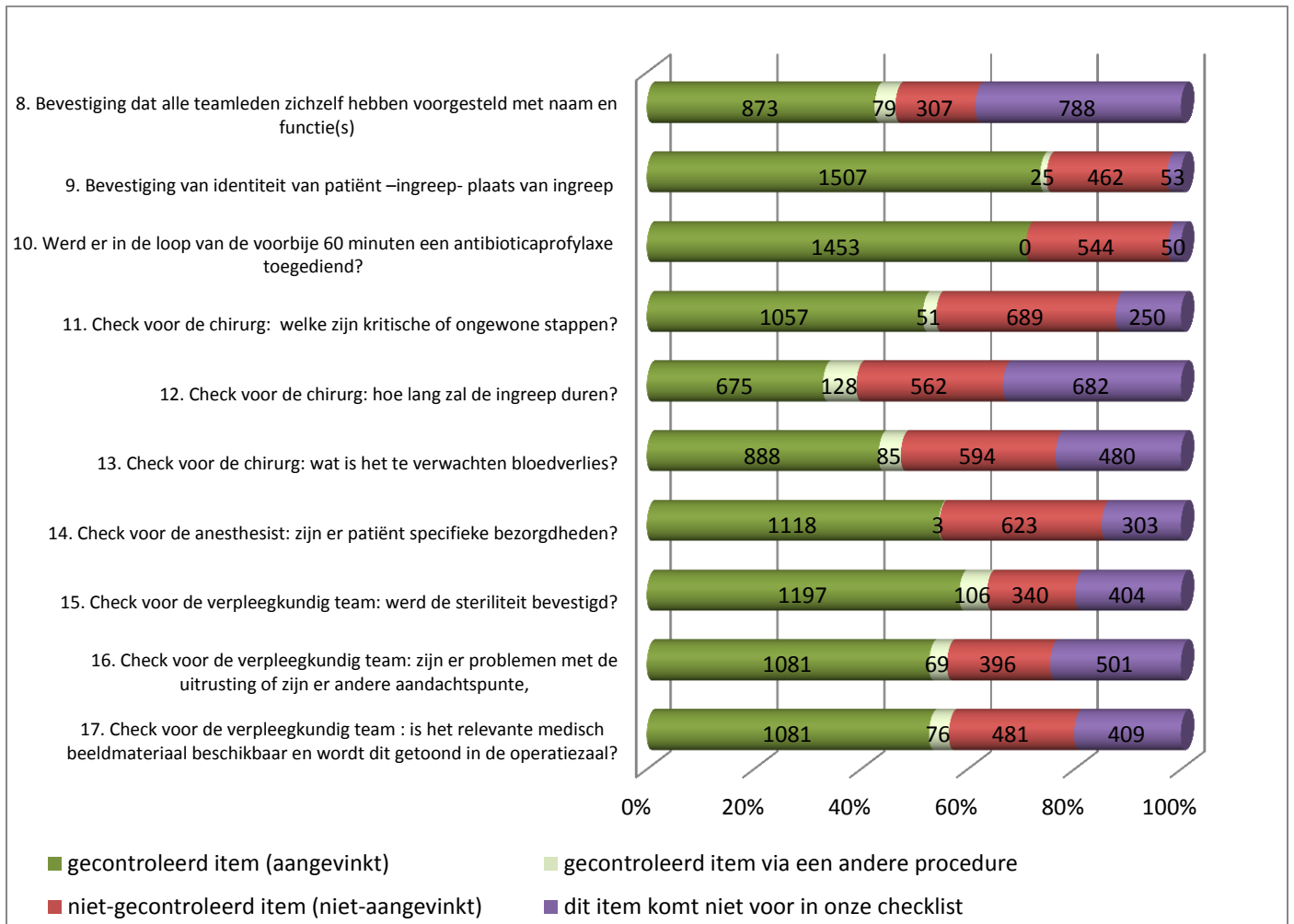
De items over mogelijke kritieke gebeurtenissen die moeten bevestigd worden door de anesthesist (item 14) en door de chirurg (items 11,12 en 13) worden in minder dan 65 % van de ingrepen gecontroleerd. Het gaat nochtans over elementen die de communicatie en het teamwerk in het operatiekwartier kunnen versterken.

Het item *'Bevestiging dat alle teamleden zichzelf hebben voorgesteld met naam en functie(s)'* wordt gecontroleerd in 76 % van de ingrepen. Anderzijds werd vastgesteld dat dit item in 38 % van de geanalyseerde checklists niet meer voorkomt en dat 35 van de 87 ziekenhuizen dit item uit de checklist hebben verwijderd.

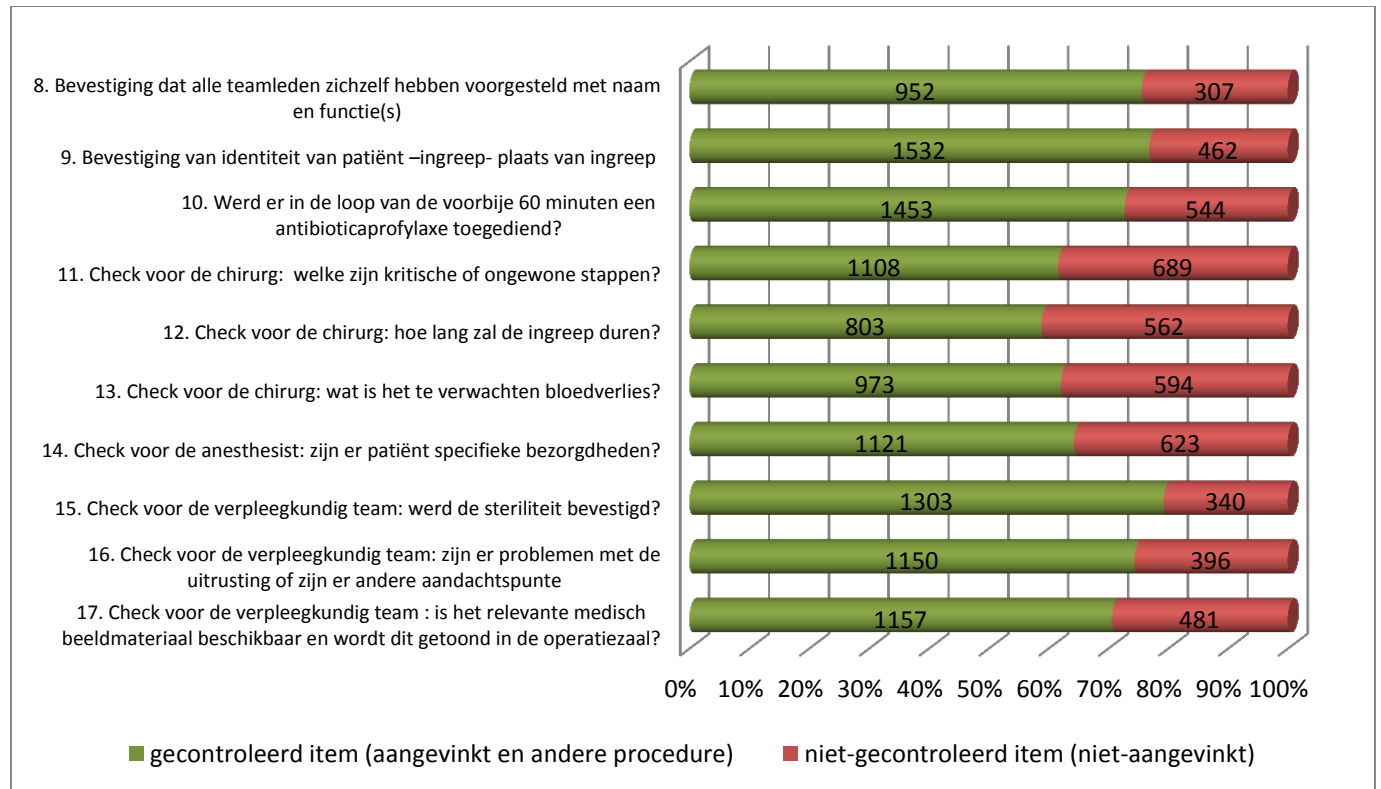
Andere items uit de *time out* die werden verwijderd zijn: de communicatie door de chirurg over de geplande duur van de ingreep en over het te verwachten bloedverlies (verwijderd uit 33 checklists, 23 %) en de communicatie door de verpleegkundige betreffende de controle van de steriliteit, de uitrusting en de beschikbaarheid van relevant medisch beeldmateriaal in het operatiekwartier (verwijderd uit meer dan één op vijf checklists).

De grafieken 3 en 4 geven de resultaten weer van de items uit de *time out*.

Grafiek 3: overzicht van de items uit de *time out* en de wijze waarop deze worden gecontroleerd



Grafiek 4: ·overzicht van alle gecontroleerde en niet gecontroleerde items uit de *time out* (onafhankelijk van de gebruikte controlemethode)



Sign out – vooraleer de patiënt de operatiezaal verlaat

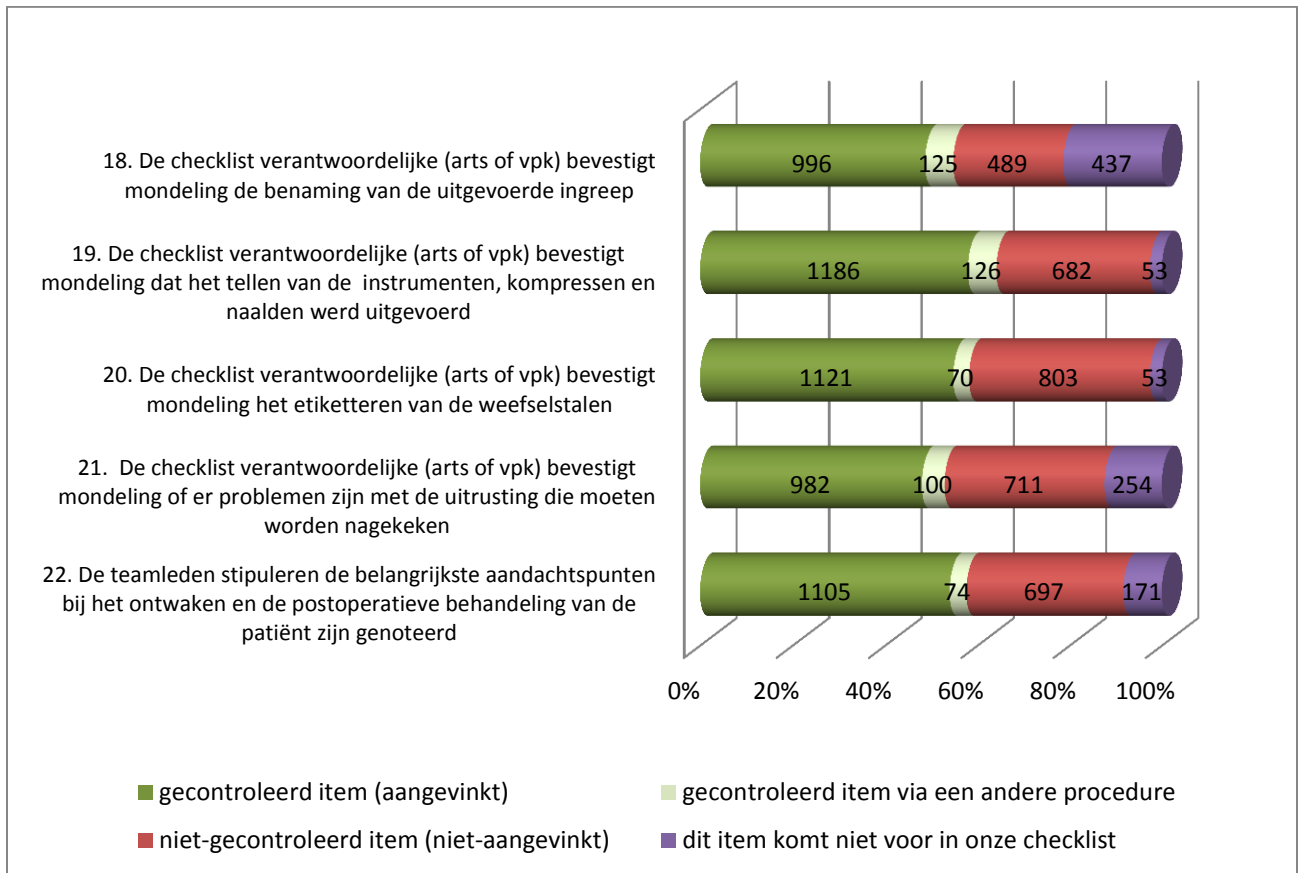
Het chirurgisch team (de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg) overloopt de uitgevoerde ingreep, telt de instrumenten, kompressen en naalden en controleert de etikettering van weefselstalen. Het chirurgisch team gaat ook in op eventuele problemen met de uitrusting en bespreekt de belangrijkste aandachtspunten bij het ontwaken en de postoperatieve behandeling van de patiënt. Met een gemiddelde van 64 % worden de items uit de *'sign out'*, het derde sleutelmoment, het minst gecontroleerd.

Item 18 (*'de checklistverantwoordelijke bevestigt de benaming van de uitgevoerde ingreep'*) wordt het meest gecontroleerd (70%), maar is verdwenen uit 21% van de checklists.

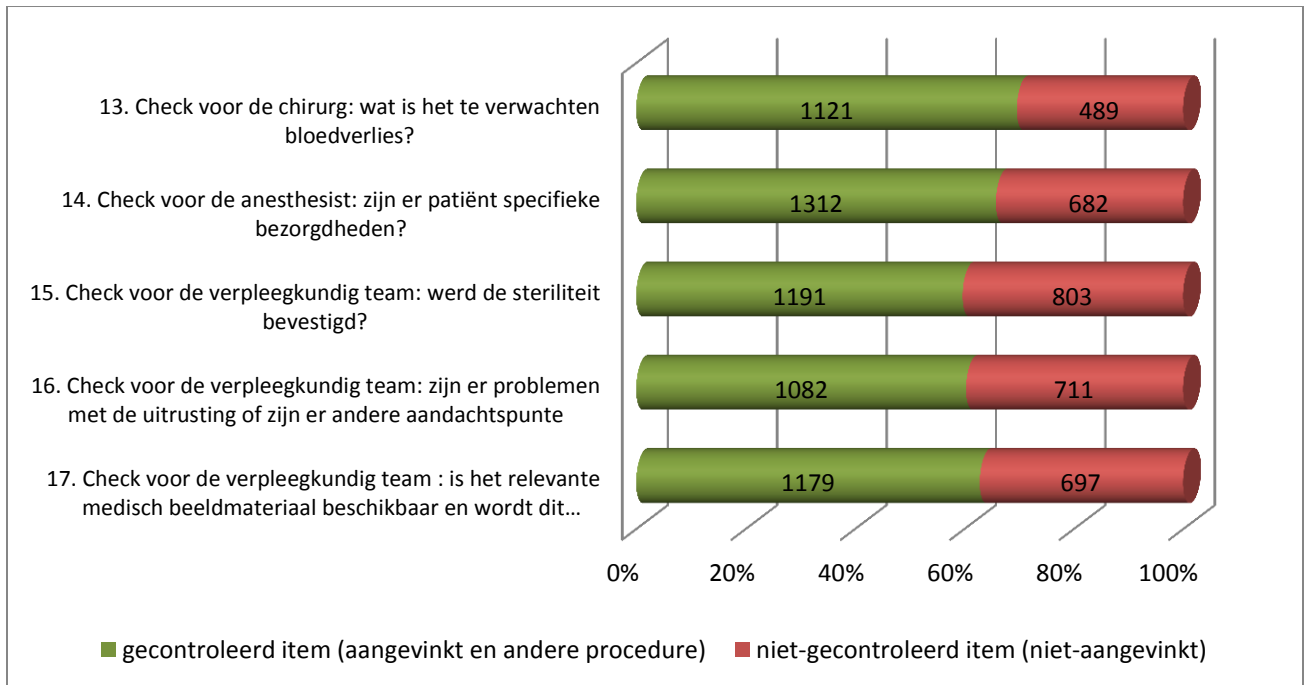
De items 20 en 21 (*'de checklistverantwoordelijke bevestigt mondeling het etiketteren van de weefselstalen'* en *'de checklistverantwoordelijke bevestigt mondeling of er problemen zijn met de uitrusting die moet worden nagekeken'*) worden het minst gecontroleerd in de *sign out* (60 %).

De grafieken 5 en 6 geven de resultaten weer van de items uit de *sign out*.

Grafiek 5: overzicht van de items uit de *sign out* en de wijze waarop deze worden gecontroleerd



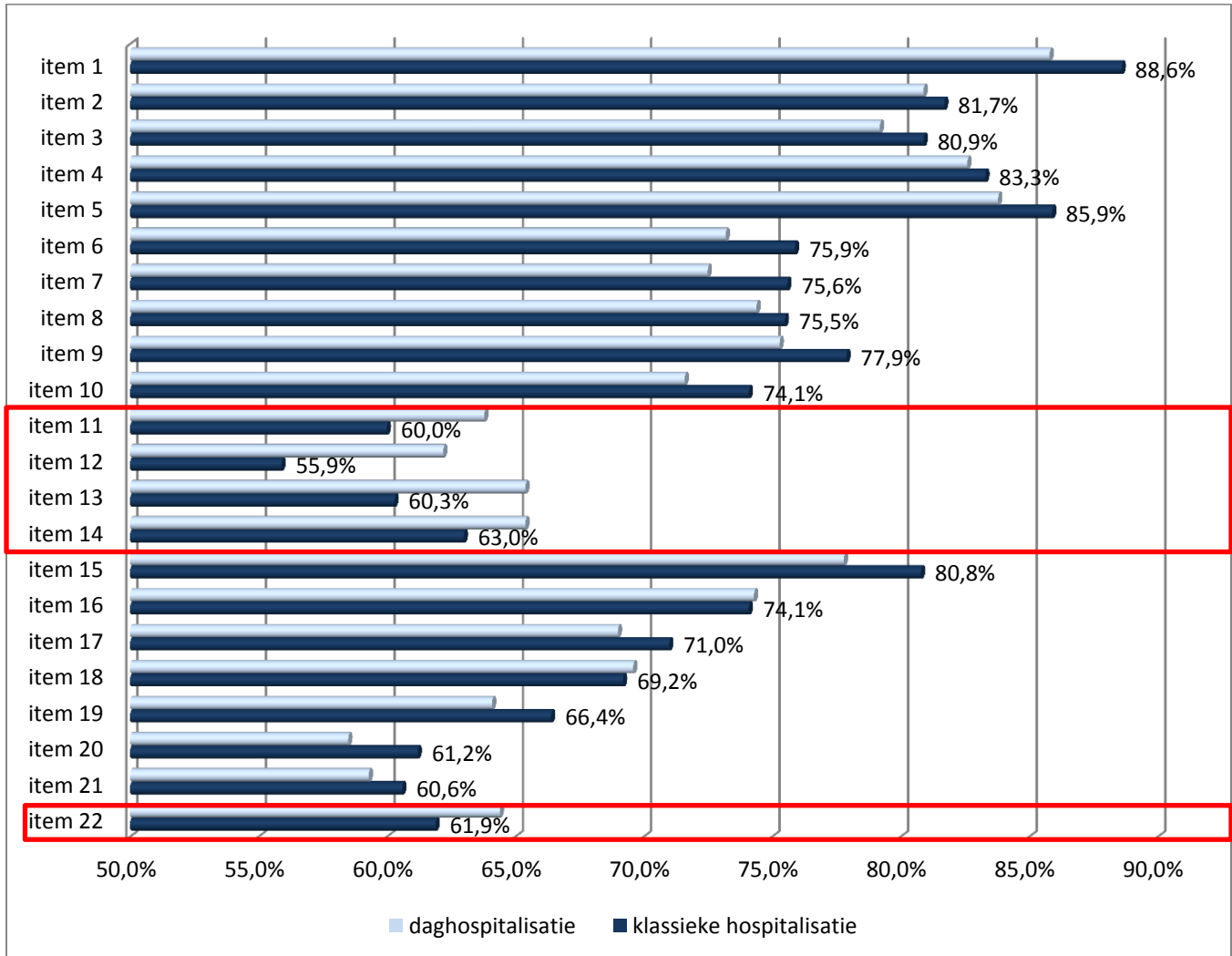
Grafiek 6: ·overzicht van alle gecontroleerde en niet gecontroleerde items uit de *sign out* (onafhankelijk van de gebruikte controlemethode)



Klassieke hospitalisatie en daghospitalisatie

In de bevraging werd nagegaan of het naleven van de 22 items van de WGO-checklist al dan niet werd beïnvloed door het type hospitalisatie. Daarom werd zowel in de klassieke hospitalisatie als in de daghospitalisatie de compliantie nagegaan.

Grafiek 7: Compliantie per item van de checklist in klassieke hospitalisatie en in daghospitalisatie



De compliantie in klassieke hospitalisatie en in daghospitalisatie is vergelijkbaar maar in het algemeen is de compliantie in de klassieke hospitalisatie iets beter. Echter, de items 11, 12, 13, 14 en 22 vormen hierop een uitzondering en voor deze items is de compliantie in daghospitalisatie beter dan in klassieke hospitalisatie.

De items 11, 12, 13 en 14 zijn items uit de *time out* waarbij de chirurg moet controleren welke kritische of ongewone stappen er zijn (item 11), hoe lang de ingreep zal duren (item 12), wat het te verwachten bloedverlies is (item 13) en waarbij de anesthesist moet nagaan of er patiënt specifieke bezorgdheden zijn (item 14). Item 22, het laatste item van de *sign out*, gaat over het overlopen en noteren van de

belangrijkste aandachtspunten bij het ontwaken en de postoperatieve behandeling van de patiënt door de teamleden.

4.4. Deelname aan het VIP²-project

In Vlaanderen zijn recentelijk verschillende initiatieven m.b.t. het perioperatief zorgproces van start gegaan. Eén ervan is het Vlaams Indicatoren Project (VIP²)⁷ waarbij in de ziekenhuisbrede indicatorenset eveneens de compliantie van de safe surgery checklist gemeten wordt. Met de medewerkers van het VIP² werd overeengekomen om de gegevens, verzamelt binnen de compliantiemeting van de FOD Volksgezondheid en mits uitdrukkelijke toestemming van de Vlaamse ziekenhuizen, over te maken aan de trusted third party van VIP² zodat ze in de historiek van verdere bevestigingen van VIP² kunnen gebruikt worden.

49 op 57 Vlaamse acute ziekenhuizen namen deel aan de compliantiemeting van de FOD Volksgezondheid waarvan 42 ook aan VIP² .

Een tweede initiatief dat kadert binnen dezelfde thematiek is het doctoraatsonderzoek naar het werkelijke gebruik van de Safe Surgery Checklist (drs. Jochen Bergs, promotoren prof. Dominique Vandijck en prof. Johan Hellings)⁸. Meer specifiek beoogt dit onderzoek het gebruik van de Safe Surgery Checklist binnen de Vlaamse ziekenhuizen te inventariseren en de kritische succesfactoren te identificeren die kunnen leiden tot een sluitende implementatie van deze checklijst in de zorgpraktijk.

⁷ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatorenziekenhuizen/>

⁸ <http://icuro.be/controllers/News/newsitem.php?id=363>

Hoofdstuk 2: 2011-2013 - evolutie van het gebruik van een safe surgery checklist in Belgische ziekenhuizen

Een rapport met alle resultaten van de eerste compliantiemeting, uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid in 2011, is beschikbaar op www.patient-safety.be (rubriek 'Safe Surgery').

1. Deelname

In tabel 3 wordt de participatie in 2011 en 2013 vergeleken op niveau van het aantal ziekenhuizen, het aantal erkende bedden, het aantal chirurgische ingrepen en het aantal geanalyseerde checklists.

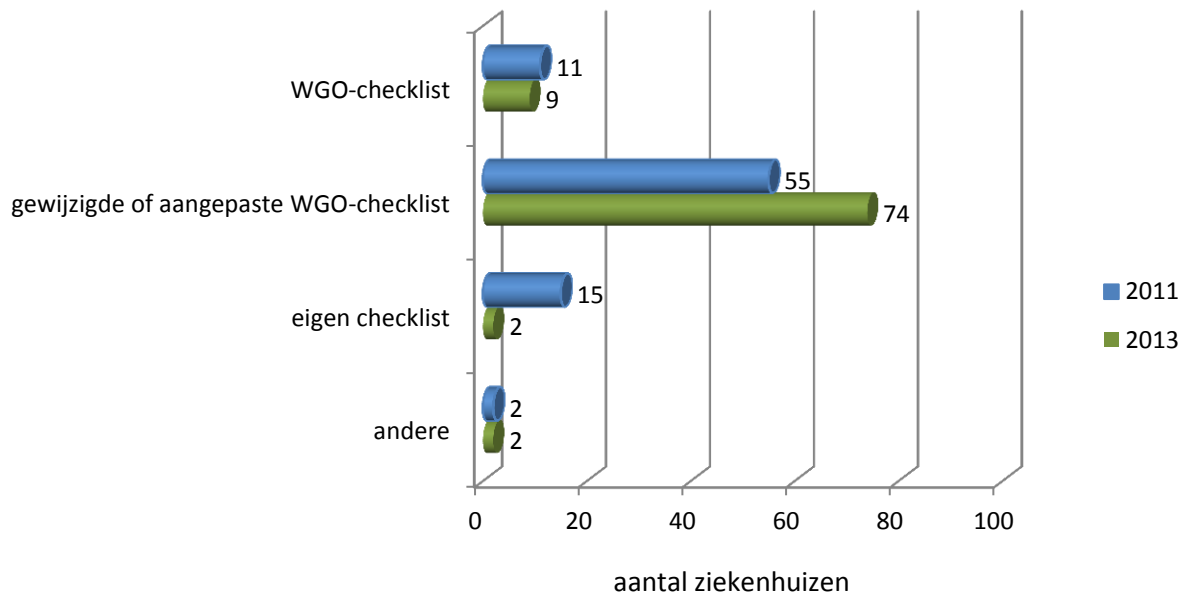
Tabel 3: Deelname aan de bevragingen in 2011 en 2013

	2011	2013
Aantal in België erkende ziekenhuizen	105	105
Aantal erkende ziekenhuizen die aan de enquête deelnamen	90	82
Aantal ziekenhuizen die aan de enquête deelnamen (met inbegrip van de ziekenhuizen met verschillende sites)	90	87*
Aantal ziekenhuizen die een checklist gebruiken (met inbegrip van de ziekenhuizen met verschillende sites)	79	87
Aantal ziekenhuizen voor het onderdeel compliantie (met inbegrip van de ziekenhuizen met verschillende sites)	78	87
Aantal gerapporteerde chirurgische ingrepen	1.712	2.047
Aantal geanalyseerde checklist voor het onderdeel compliantie	1.630	1.899

**Waaronder:*

- 3 ziekenhuizen met verschillende sites die elk 2 rapporten hebben bezorgd (1/site)
- 1 ziekenhuis met verschillende sites dat 3 rapporten heeft bezorgd (1/site)

Soort gebruikte checklist



Zoals in 2011, wordt ook in 2013 met 'andere', de checklist van de Haute Autorité de Santé (HAS) (of een afgeleide versie ervan) bedoeld. In 2011 gebruikten al 79 ziekenhuizen een checklist en acht ziekenhuizen planden de invoering ervan op korte termijn (n=87). Vier van hen hebben de vragen over het type checklist en het al niet beschikbaar zijn van een elektronische versie, niet beantwoord (n=83)

3. Gemiddelde compliantie per sleutelmoment

Het vergelijken van de resultaten uit 2011 en 2013 moet op een genuanceerde manier gebeuren omwille van twee redenen.





1. In 2011 konden ziekenhuizen per item enkel kiezen uit twee mogelijke antwoordcategorieën: 'aangevinkt (gecontroleerd) item' versus niet-aangevinkt (niet-gecontroleerd) item. Op vraag van de ziekenhuizen werden de antwoordmogelijkheden uitgebreid van 2 naar 4. Zo kunnen ziekenhuizen voor items die niet in hun checklist voorkomen, toch een keuze maken uit de antwoordcategorieën 'controle via een andere procedure' en 'dit item komt niet voor in onze checklist'.
2. In 2011 werden voor 82 interventies geen gegevens aangeduid voor geen enkele item (aangekruist of niet). Deze interventies werden toen uit de analyse verwijderd. In 2013 ging het over 148 dergelijke interventies en zo is gebleken dat het ontbreken van informatie in de checklist vaak betekende dat de checklist niet werd gebruikt. De items van deze



checklists werden in de analyse als 'niet-aangevinkt' geïntegreerd. Indien in 2011 op dezelfde manier was gewerkt dan zouden de resultaten van 2011 ongeveer 5 % lager geweest zijn.

Tabel 4: gemiddelde compliantie per sleutelmoment in 2011 en 2013

	2011	2013
SIGN IN	77 %	81 %
TIME OUT	53 %	70 %
SIGN OUT	46 %	64 %

Tabel 5: gemiddelde compliantie per item in 2011 en 2013

Sign in	2011	2013
 meest gecontroleerde item	93 % ' Heeft de patiënt zijn identiteit, de ingreep, de plaats en zijn toestemming bevestigd?'	87 % ' Heeft de patiënt zijn identiteit, de ingreep, de plaats en zijn toestemming bevestigd?'
 minst gecontroleerde item	61 % ' Heeft de patiënt een risico op intubatieproblemen of risico op aspiratie?'	74 % 'Heeft de patiënt een risico op bloedverlies?'
Time out	2011	2013
 meest gecontroleerde item	76 % ' Heeft de patiënt zijn identiteit, de ingreep en de plaats van de ingreep bevestigd?'	79 % ""Check voor het verpleegkundig team: werd de steriliteit bevestigd? '
 minst gecontroleerde item	32 % ' Check voor de chirurg: wat is het te <i>verwachten</i> bloedverlies?'	59 % 'Check voor de chirurg: hoelang zal de ingreep duren '

Sign out	2011	2013
 <p>meest gecontroleerde item</p>	<p>55 % 'De belangrijkste aandachtspunten bij het ontwaken en de postoperatieve behandeling van de patiënt zijn genoteerd'</p>	<p>70 % 'De checklistverantwoordelijke (arts of verpleegkundige) bevestigt mondeling de benaming van de uitgevoerde ingreep'</p>
 <p>minst gecontroleerde item</p>	<p>38 % 'De verpleegkundige bevestigt mondeling het etiketteren van de weefselstalen'</p>	<p>60 % 'De checklistverantwoordelijke (arts of verpleegkundige) bevestigt mondeling het etiketteren van de weefselstalen' en 'De checklistverantwoordelijke (arts of verpleegkundige) bevestigt mondeling of er problemen zijn met de uitrusting die moet worden nagekeken'.</p>

Hoofdstuk 3. Interpretatie van de resultaten

Deelname aan de enquête

In 2013 hebben, in vergelijking met 2011 minder acute ziekenhuizen deelgenomen. Twee Franstalige ziekenhuizen hebben enkele opmerkingen per brief meegedeeld. Een eerste ziekenhuis was van mening dat *'personeel en chirurgen extreem veel worden geconsulteerd in het kader van andere projecten die door de directie worden ondersteund'*. Een ander ziekenhuis gaf aan dat het niet systematisch de checklist gebruikt en dat het bijgevolg niet aan deze audit deelneemt. Dit ziekenhuis merkte ook op dat het al verschillende initiatieven genomen heeft om de checklist te implementeren (oprichting van een stuurcomité, aanwijzing van een referentiepersoon die verantwoordelijk is voor een harmonisatie van de praktijken, een verhoogde informatisering in het operatiekwartier ...).

Het gebruik van de checklist in het operatiekwartier

Uit de resultaten blijkt dat 74 ziekenhuizen geopteerd voor een aangepaste versie van de WGO-checklist. In vergelijking met 2011 zijn er nu meer ziekenhuizen die de WGO-checklist gebruiken als basis om zelf een checklist te ontwikkelen.

'De checklist aanpassen, betekent deze aannemen': 85% van de ziekenhuizen hebben de aanbevelingen van de WGO en de FOD Volksgezondheid opgevolgd. *'Een checklist aanpassen laat toe om rekening te houden met het verschil in ziekenhuisspecifieke procedures, gewoontes in het operatiekwartier en de mate waarin de teamleden elkaar kennen'*. (...) Deze werkwijze zou moet leiden tot effectieve verandering waarbij het chirurgisch team de verschillende elementen uit de checklist opvolgt⁹.

Het wijzigen en aanpassen van de checklist creëert eigenaarschap binnen het chirurgisch team.

De uitgevoerde audit geeft een goed beeld van de items die werden weggelaten in de door de ziekenhuizen aangepaste checklists.

De items die het meest worden weggelaten zijn items die de communicatie bevorderen en waarbij ondubbelzinnig en met luide stem gevraagd wordt naar bevestiging. Dit is bv. het geval voor de items:

- *'bevestiging dat alle teamleden zichzelf hebben voorgesteld met naam en functie(s)'*: 38 % van de ziekenhuizen heeft dit item verwijderd:

⁹ Vrij vertaald uit: World Health Organization, Implementation manual surgical safety checklist 2010. Safe Surgery Saves Lives. Publicatie WHO, 2009, p. 14

- *'bevestiging van de geplande duur van de ingreep door de chirurg'*: 33% van de ziekenhuizen heeft dit item verwijderd;
- *'bevestiging van identiteit van patiënt, de ingreep en de plaats van de ingreep'*: 21% van de ziekenhuizen heeft dit item verwijderd.

Door het weglaten van bepaalde items uit de checklist rijst de vraag of de checklist niet aan één van haar belangrijkste doelstellingen voorbijschiet, nl. het beter met elkaar communiceren over de patiënt en zijn veiligheid in het operatiekwartier. Het lijkt triviaal dat teamleden zich aan elkaar voorstellen bij de start van een ingreep. Maar alle leden van het chirurgisch team dragen een masker, een muts of een kap en zijn niet altijd herkenbaar. Ze hebben een verschillend opleidingsniveau, zijn soms extern aan het ziekenhuis of vervullen een rol als toeschouwer. Het is dus niet belachelijk om de identiteit van iedereen expliciet te kennen vooraleer de ingreep wordt uitgevoerd.

Compliantie

Uit de analyse van de resultaten blijkt dat de drie sleutelmomenten (*sign in, time out, sign out*) in vergelijking met 2011 regelmatig worden gecontroleerd, ofwel via de checklist, ofwel via een andere procedure.

Het zijn vooral de items die vóór de incisie van de huid plaatsvinden (*time out*) en vooraleer de patiënt de operatiezaal verlaat (*sign out*) die meer gecontroleerd worden. Het gemiddelde controlepercentage evolueert van 53 naar 70 % voor de *'time out'*, en van 46 naar 64 % voor de *'sign out'*.

In de *'time out'* en in de *'sign out'* worden de items die in 2011 minder gecontroleerd werden beter gecontroleerd maar het aantal items dat niet voorkomt in de checklist is, in vergelijking met 2011, ook gestegen.

De checklist en het tweede meerjarig programma (2013-2017)""coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid ""

In het kader van het tweede meerjarig programma 2013-2017 verbinden de ziekenhuizen zich ertoe om de WGO-checklist te over te nemen en aan te passen aan het type ingreep. De evaluatie van de implementatie en de communicatie over de resultaten van het gebruik van de checklist worden ook vereist in het tweede meerjarig programma (2013-2017)(zie pagina 6).

Uit de resultaten blijkt dat 95 % van de deelnemende ziekenhuizen de resultaten van de enquête 2011 hebben verspreid bij het personeel, de verantwoordelijken van het operatiekwartier en de directie.

Tegen 2017 wordt van de ziekenhuizen verwacht dat: *'bij elke geplande ingreep en elk invasief onderzoek de patiënt en zijn familie zodanig op de hoogte gebracht is van de werkwijze, de risico's en*

gevolgen zodat ze goed voorbereid zijn om de interventie te ondergaan en ze actief betrokken zijn bij hun eigen veiligheid'.

Uit de resultaten van de tweede enquête blijkt echter dat de patiënt en zijn familie slechts in 18 ziekenhuizen (21 %) werden geïnformeerd over de checklist (brochure, onthaalboekje, affiche,).

Hoofdstuk 4. Conclusies en oriëntaties voor de toekomst

De communicatie benadrukken

Een checklist die geïmplementeerd is in het operatiekwartier is een middel om het gesprek aan te gaan bij elk sleutelmoment van een chirurgische interventie of wanneer de omstandigheden van de patiënt wijzigen.

De checklist biedt het chirurgisch team de mogelijkheid om met elkaar te spreken en om te coördineren. Niettegenstaande de implementatie en het gebruik van de checklist in het operatiekwartier een positieve evolutie kennen, toont de studie aan dat chirurgische teams nog meer de nadruk kunnen leggen op de mondelinge communicatie tussen de verschillende chirurgische specialismen. Het weglaten van de items waarover luidop, bevestigend en duidelijk dient te worden gecommuniceerd, is zorgwekkend. Het is een miskenning van het belang van deze vorm van communicatie voor het functioneren van een chirurgisch team dat streeft naar een veilige heekunde.¹⁰

Door regelmatig retrospectieve studies gebaseerd op steekproeven te organiseren, stelt de FOD Volksgezondheid aan de directies een methode voor om teams in het operatiekwartier te ondersteunen. Het gebruik en het communiceren over de resultaten ervan zijn een middel om de communicatie te bevorderen. Dit soort van studies kan worden snel uitgevoerd, de resultaten zijn op korte termijn toegankelijk en kunnen snel worden verspreid. De bekomen informatie kan ook input leveren voor korte PDCA-cycli waarvan de zichtbaarheid ervan door de teams wordt verbeterd¹¹. Daarom zal de FOD Volksgezondheid, in het kader van het tweede meerjarig programma 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid (2013-2017)' de nadruk blijven leggen op deze methode.

¹⁰ Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N. Non-technical skills for surgeons in the operating room: A review of the literature. *Surgery* 2006;139:140-9.

¹¹ Ogrinc G, Shojania KG. Building knowledge, asking questions. *BMJ Qual Saf* 2013.

Duurzaam karakter

De zorgverleners overtuigen van de meerwaarde van de checklist voor een veilige heekunde is niet het enige wat telt. Het is ook belangrijk om het gebruik van de checklist een duurzaam karakter te geven en het proces te borgen.

Binnen het ziekenhuis

In een recente studie, *The Surgical Safety Checklist and teamwork Coaching Tools: a study of inter-rater reliability*¹², tonen de auteurs aan dat, hoewel de checklist haar nut niet meer moet bewijzen, de efficiëntie ervan nog sterk afhangt van de manier waarop deze wordt gebruikt. De auteurs stellen evaluatie- en opleidingstools (coaching) voor waarvan de meerwaarde voor chirurgische teams werd aangetoond. Deze instrumenten meten niet enkel de compliantie met de items van de checklist, maar evalueren ook de manier waarop de zaken daadwerkelijk verlopen in het operatiekwartier. Met behulp van een tweede instrument kan het effect worden gemeten van de implementatie van de checklist waardoor ook conclusies getrokken kunnen worden over de kwaliteit van het teamwerk.

Deze instrumenten zijn gevalideerd, ze zijn onafhankelijk van degene die de observaties doet en laten toe om verbetermaatregelen te nemen over het gebruik van de checklist door chirurgische teams. In deze methode observeren teams elkaar. Dit soort onderzoek gaat een stap verder dan het retrospectief onderzoek van de FOD Volksgezondheid¹³ en kan een inspiratiebron zijn voor de ziekenhuizen in de toekomst.

En op een geïnstitutionaliseerde manier

In België is de FOD Volksgezondheid niet de enige instantie die het gebruik van een checklist in het operatiekwartier aanmoedigt. Zo evalueert de Vlaamse Gemeenschap in het nieuwe toezichtmodel ondermeer het chirurgisch zorgtraject en dus ook de checklist. Het gebruik van de checklist in het

¹² Huang LC, Conley D, Lipsitz S, et al. The Surgical Safety Checklist and Teamwork Coaching Tools: a study of inter-rater reliability. *BMJ Qual Saf* 2014

operatiekwartier is tevens sleutelement in het kader van ziekenhuisaccreditering, ongeacht het gekozen accrediteringsorgaan.

Bijlagen

1. Safe Surgery Checklist van de FOD Volksgezondheid
2. Enquête 2013 over de implementatie van de checklist veiligheid van de patiënten in het operatiekwartier (deel 1) *(Klik op het onderwerp van de bijlage voor een ruimer overzicht)*
3. Enquête 2013 over de implementatie van de checklist veiligheid van de patiënten in het operatiekwartier (deel 2 - Compliantie) *(Klik op het onderwerp van de bijlage voor een ruimer overzicht)*
4. FAQ (begeleidend document bij de enquête 2013) *(Klik op het onderwerp van de bijlage voor een ruimer overzicht)*

Websites

www.patient-safety.be

www.safesurg.org

www.safesurgery2015.org

www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr/index.html

www.has-sante.fr

www.jointcommissioninternational.org

www.ihl.org

CHECKLIST « SAFE SURGERY » (EDITIE 2013)

VÓÓR DE ANESTHESIE

(CONTROLLEREN MINSTENS MET DE VERPLEEGKUNDIGE EN DE ANESTHESIST)

De patiënt heeft zijn/haar identiteit bevestigd evenals de ingreep, de plaats van de ingreep, en de patiënt heeft zijn/haar toestemming gegeven

- Ja
- Het betreft een kind
- De patiënt kan niet communiceren

De plaats van de ingreep is aangeduid

- Ja
- Niet van toepassing

Is de anesthesievoorbereiding (materiaal, producten en apparatuur) gecontroleerd?

(1)

De patiënt heeft:

Een gekende allergie

- Nee
- Ja

Een risico op intubatieproblemen of risico op aspiratie

- Nee
- Ja, materiaal en bijstand beschikbaar

Een risico op bloedverlies >500ml (7ml/kg bij kind)

- Nee
- Ja, twee IV/centrale lijnen en bloed is besteld

(1) De aanwezigheid en conditie van de pulsioximeter zijn niet meer gecontroleerd. De FOD Volksgezondheid is van oordeel dat deze procedure gewaarborgd is in België.

VÓÓR DE HUDINCISIE

(CONTROLLEREN MET DE VERPLEEGKUNDIGE, DE ANESTHESIST EN DE CHIRURG)

De teamleden

- Stellen zich allemaal voorgesteld, met vermelding van hun naam en functie(s)
- Bevestigen dat ze elkaar kennen
- De teamleden bevestigen de identiteit van de patiënt, de ingreep en de plaats van ingreep

Toediening van antibioticaprofylaxe, volgens de aanbevelingen en protocollen van de instelling

- Ja
- Niet van toepassing

Anticiperen op kritieke gebeurtenissen

De chirurg specificeert:

- Specifieke potentiële problemen
- Specifieke te voorziene uitrusting
- Duurtijd van de ingreep

De anesthesist specificeert of er specifieke patiëntgerelateerde problemen zijn

- Ja
- Nee
- De ingreep vereist geen anesthesie

De verpleegkundigen bevestigen dat :

- De steriliteit werd gecontroleerd (met de resultaten van de indicatoren)
- De uitrusting werd gecontroleerd, getest en is operationeel

Het relevante medisch beeldmateriaal is beschikbaar in de operatiezaal

- Ja
- Niet van toepassing

VÓÓR HET VERLATEN VAN DE ZAAL

(CONTROLLEREN MET DE VERPLEEGKUNDIGE, DE ANESTHESIST EN DE CHIRURG)

De teamleden bevestigen:

- De benaming van de uitgevoerde ingreep
- Het tellen van de instrumenten, kompressen en naalden
- Het etiketteren van weefselstalen (luidop lezen met inbegrip van naam patiënt)

De teamleden stipuleren:

- Of er op te volgen problemen zijn met de uitrusting
- De belangrijkste aandachtspunten bij het ontwaken en de postoperatieve opvolging van de patiënt

Aanvullende informatie of patiënt vignet



.be

Visuele identiteit

Aanpassingen en toevoegingen, rekening houdend met de lokale context, worden aangemoedigd.

'Based on the WHO Surgical Safety Checklist, URL <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>, © World Health Organization 2008 All rights reserved.'

Revised 1/2013

Enquête sur l'implémentation de la check-list sécurité des patients au bloc opératoire Enquête over de implementatie en het gebruik van de checklist in het operatiekwartier

Dans quelle langue souhaitez-vous compléter ce rapport ? - In welke taal wenst u dit rapport in te vullen?

Français

Nederlands



- Vooraleer u van start gaat, sla dit excel-document best op de harde schijf van uw pc op waar u het gemakkelijk kan terugvinden.
- Sla het document op onder de naam met het erkenningsnummer (bvb '007' of '942').
- Deze vragenlijst dient uiterlijk 15 januari 2014 verstuurd te worden naar QS@health.belgium.be.
- Opgelet: Als u uw gegevens invoert, bewaar deze dan regelmatig op uw harde schijf.

Wij danken u voor uw medewerking en zijn steeds ter beschikking voor verdere informatie.
(Mail: qs@health.belgium.be)

Administratieve gegevens

Selecteer hieronder uw erkenningsnummer en de naam van uw ziekenhuis

Naam en voornaam van de contactpersoon:

Enquête over de implementatie en het gebruik van de checklist in het operatiekwartier

Handleiding voor het onderdeel Compliance

1. [Hoe een audit uitvoeren van de 25 eerste interventies?](#)
2. [En wat als de checklist niet is opgenomen in het patiëntendossier?](#)
3. [Moeten we in het operatiekwartier vooraf aankondigen dat op 21 november \(of 28 november\) deze bevraging zal gebeuren?](#)
4. [Waarom op donderdag 21 november of donderdag 28 november?](#)
5. [In ons ziekenhuis werd de checklist aangepast. Hoe moeten we het rapportage-instrument van de FOD dan invullen?](#)
6. [Wat wordt bedoeld met 'item bevestigd \(aangekruist\)'?](#)
7. [Wat wordt bedoeld met 'item niet bevestigd \(niet aangekruist\)'?](#)
8. [Wat wordt bedoeld met 'anderen bestaande procedure hiervoor'?](#)
9. [Wat wordt bedoeld met 'dit item komt niet voor op onze CL'?](#)
10. [Hoe de functie "kopieer de antwoorden van de vorige interventie" gebruiken?](#)
11. [Hoe kan ik de individuele resultaten gebruiken?](#)
12. [Wat is het verband tussen deze retrospectieve bevraging en het tweede meerjarenplan 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2011-2017'?](#)

1. Hoe een audit uitvoeren van de 25 eerste interventies ?

1. Vraag naar de lijst van geplande ingrepen van 21/11/2013 of 28/11/2013
2. Vraag naar de 25 eerste medische dossiers (of het dossier waar de CL zich bevindt)
3. Voor elke ingreep, geef aan of een checklist werd gebruikt
4. Voor elke ingreep, geef aan over welk chirurgisch specialisme het gaat
5. Voor elke ingreep, geef aan het of het gaat over een klassieke hospitalisatie of een daghospitalisatie
6. Voor elke ingreep, ga na of alle elementen van de CL werden aangekruist

2. En wat als de checklist niet is opgenomen in het patiëntendossier?

Deze bevraging heeft betrekking op de retrospectieve analyse van de eerste 25 medische dossiers. Als de checklist niet is opgenomen in het patiëntendossier dan dient men zich te baseren op het dossier waar de checklist wel is opgenomen.

3. Moeten we in het operatiekwartier vooraf aankondigen dat op 21 november (of 28 november) deze bevraging zal gebeuren?

De FOD Volksgezondheid geeft hierover geen specifieke aanbevelingen en wenst dit over te laten aan de ziekenhuizen die zelf beslissen om de bevraging al dan niet vooraf aan te kondigen. Bijvoorbeeld, indien u denkt dat het gebruik van de checklist goed is ingeburgerd, dan is een onverwacht retrospectief onderzoek te overwegen. Omgekeerd, als u het gebruik van de checklist wilt stimuleren, dan kan het aankondigen van de bevraging een positief effect hebben op het gebruik van de checklist.

[top](#)