

# Inhoud

**Video's op de website**  
[extras.bsl.nl/praktischevaardigheden](https://extras.bsl.nl/praktischevaardigheden) 9

**Redactie en auteurs** 11

**Voorwoord** 13

**Inleiding** 15

## **1 Patiëntveiligheid** 17

- 1.1 Inleiding 17
- 1.2 Theorie over patiëntveiligheid 17
- 1.3 De praktijk 18
  - Literatuur 20

## **2 Lokale anesthesie** 21

- 2.1 Inleiding 21
- 2.2 Werkingsmechanisme 21
- 2.3 Middelen voor lokale anesthesie 21
- 2.4 Bijwerkingen lokale anesthetica 22
- 2.5 Een praktische handleiding voor het toepassen van lokale anesthesie 23
  - Literatuur 27

## **3 ABC-benadering van de vitaal bedreigde patiënt** 29

- 3.1 Inleiding 29
- 3.2 Uitvoering 30
- 3.3 Nazorg 35
  - Literatuur 35

## **4 Juridische aspecten** 37

- 4.1 Inleiding 37
- 4.2 De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) 37
- 4.3 De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst 39
  - Literatuur 41

## **5 Hygiënisch werken** 43

- 5.1 Inleiding 43
- 5.2 Overdracht van micro-organismen 43
- 5.3 Hoe kunnen wij bijdragen aan hygiëne? 44
- 5.4 Hygiëne bij veelvoorkomende handelingen 45

5.5 Prikaccidenten 47

5.6 Samenvatting 47

- Literatuur 48

## **6 Instrumenten** 49

- 6.1 Inleiding 49
- 6.2 Houders en mesjes 49
- 6.3 Naaldvoerders 50
- 6.4 Scharen 51
- 6.5 Scherpe lepel 51
- 6.6 Pincetten en klemmen 51
- 6.7 Wondhaken en wondspreiders 52
- 6.8 Gynaecologische instrumenten 53
- 6.9 Vaginale specula 53
- 6.10 Onderhoud 54
  - Literatuur 54

## **7 Administratieve handelingen** 55

- 7.1 Inleiding 55
- 7.2 Verslaglegging in de patiëntenstatus 55
- 7.3 Klaarmaken van aanvraagformulieren 56
- 7.4 Identificatie van afgenomen patiëntenmateriaal 57
- 7.5 Verwerking van de uitslag van onderzoek 57
  - Literatuur 57

## **8 Arteriepunctie** 59

- 8.1 Inleiding 59
- 8.2 Uitvoering 60
- 8.3 Nazorg 62
  - Literatuur 62

## **9 Venapunctie** 65

- 9.1 Inleiding 65
- 9.2 Uitvoering 66
- 9.3 Nazorg 68
  - Literatuur 68

## **10 Perifeer infuus** 69

- 10.1 Inleiding 69
- 10.2 Uitvoering 70
- 10.3 Nazorg 73
  - Literatuur 73

- 11 Capillaire bloedafname** 75
- 11.1 Inleiding 75
- 11.2 Uitvoering glucosebepaling 75
- 11.3 Uitvoering hielprik 76
- 11.4 Nazorg 78
- Literatuur 78
- 12 Urineonderzoek** 79
- 12.1 Inleiding 79
- 12.2 Uitvoering 79
- Literatuur 82
- 13 Fecesonderzoek** 83
- 13.1 Inleiding 83
- 13.2 Uitvoering 83
- 13.3 Nazorg 84
- Literatuur 84
- 14 KOH-preparaat van huid, nagel en haren** 87
- 14.1 Inleiding 87
- 14.2 Uitvoering 87
- 14.3 Nazorg 89
- Literatuur 89
- 15 Huidbiopsie** 91
- 15.1 Inleiding 91
- 15.2 Uitvoering 91
- 15.3 Nazorg 93
- Literatuur 93
- 16 Afname materiaal keel** 95
- 16.1 Inleiding 95
- 16.2 Uitvoering 95
- 16.3 Nazorg 95
- Literatuur 96
- 17 Afname materiaal oor** 97
- 17.1 Inleiding 97
- 17.2 Uitvoering 97
- 17.3 Nazorg 97
- Literatuur 98
- 18 Otoscopie** 99
- 18.1 Inleiding 99
- 18.2 Uitvoering 99
- 18.3 Nazorg 100
- Literatuur 100
- 19 Tympanometrie** 101
- 19.1 Inleiding 101
- 19.2 Uitvoering 101
- Literatuur 102
- 20 Fundoscopia** 103
- 20.1 Inleiding 103
- 20.2 Uitvoering 104
- 20.3 Klinische betekenis van afwijkingen bij fundoscopia 105
- 20.4 Nazorg 106
- Literatuur 107
- 21 Spleetlamponderzoek** 109
- 21.1 Inleiding 109
- 21.2 Uitvoering 111
- 21.3 Nazorg 112
- Literatuur 112
- 22 Rhinoscopie** 113
- 22.1 Inleiding 113
- 22.2 Uitvoering 113
- Literatuur 114
- 23 Laryngoscopie** 115
- 23.1 Inleiding 115
- 23.2 Uitvoering 115
- 23.3 Nazorg 116
- Literatuur 116
- 24 Longfunctieonderzoek** 117
- 24.1 Inleiding 117
- 24.2 Spirometrie 117
- 24.3 Piekstroommeting 119
- 24.4 Interpretatie longfunctieonderzoek 120
- Literatuur 121
- 25 Ecg maken** 123
- 25.1 Inleiding 123
- 25.2 Uitvoering 124
- 25.3 Nazorg 127
- Literatuur 127
- 26 Afname fluor vaginalis** 129
- 26.1 Inleiding 129
- 26.2 Uitvoering 130
- 26.3 Fluordiagnostiek 130
- 26.4 Nazorg 132
- Literatuur 132
- 27 Cervixuitstrijkje** 133
- 27.1 Inleiding 133
- 27.2 Uitvoering 133
- 27.3 Nazorg 134
- Literatuur 135
- 28 Enkel-armindex bepalen met dopplerapparaat** 137
- 28.1 Inleiding 137
- 28.2 Uitvoering 137
- Literatuur 139
- 29 Zuurstofsaturatiemeting** 141
- 29.1 Inleiding 141
- 29.2 Uitvoering 141

- 29.3 Interpretatie van de meetgegevens 142
- 29.4 Nazorg 143
  - Literatuur 144
- 30 Medicatie toedienen 145**
  - 30.1 Inleiding 145
  - 30.2 De keuze van de toedieningsweg en toedieningsvorm 146
  - 30.3 De keuze van de dosering 146
  - 30.4 Toedienen van medicatie 147
  - 30.5 Gebruik van medicatie door de patiënt 154
  - 30.6 Nazorg 155
    - Literatuur 157
- 31 Katheteriseren 159**
  - 31.1 Inleiding 159
  - 31.2 Uitvoering 160
  - 31.3 Nazorg 161
  - 31.4 Vervanging suprapubische katheter 162
    - Literatuur 163
- 32 Wondverzorging 165**
  - 32.1 Inleiding 165
  - 32.2 Verzorging open wonden 166
  - 32.3 Brandwonden 168
  - 32.4 Beten en steken 169
  - 32.5 Wond sluiten 170
    - Literatuur 174
- 33 Verbanden aanleggen 175**
  - 33.1 Inleiding 175
  - 33.2 Wondbedekkende verbanden 176
  - 33.3 Ondersteunende en steungevende verbanden 177
  - 33.4 Compressieverband aan been of arm 179
  - 33.5 Immobiliserende verbanden 184
  - 33.6 Speciale verbanden 188
    - Literatuur 189
- 34 Coaguleren 191**
  - 34.1 Inleiding 191
  - 34.2 Elektrocauterisatie 191
  - 34.3 Elektrodesiccatie (en -fulguratie) 192
  - 34.4 Elektrocoagulatie en elektrotomie (snijden) 192
  - 34.5 Voorzorgsmaatregelen 193
  - 34.6 Nazorg 194
    - Literatuur 194
- 35 Cryotherapie 195**
  - 35.1 Inleiding 195
  - 35.2 Uitvoering 196
  - 35.3 Nazorg 197
    - Literatuur 197
- 36 Bloedneus behandelen 199**
  - 36.1 Inleiding 199
  - 36.2 Uitvoering 199
- 36.3 Nazorg 201
  - Literatuur 201
- 37 Cerumen verwijderen 203**
  - 37.1 Inleiding 203
  - 37.2 Uitvoering 204
    - Literatuur 204
- 38 Corpus alienum uit het oog verwijderen 207**
  - 38.1 Inleiding 207
  - 38.2 Uitvoering 207
  - 38.3 Nazorg 209
    - Literatuur 209
- 39 Corpus alienum uit neus/oor verwijderen 211**
  - 39.1 Inleiding 211
  - 39.2 Uitvoering 212
    - Literatuur 213
- 40 Vishaakje verwijderen 215**
  - 40.1 Inleiding 215
  - 40.2 Uitvoering 215
  - 40.3 Nazorg 216
    - Literatuur 216
- 41 Abces behandelen 217**
  - 41.1 Inleiding 217
  - 41.2 Uitvoering 217
  - 41.3 Nazorg 218
    - Literatuur 219
- 42 Incideren 221**
  - 42.1 Inleiding 221
  - 42.2 Uitvoering 221
  - 42.3 Nazorg 222
    - Literatuur 222
- 43 Spiraaltje plaatsen en verwijderen 223**
  - 43.1 Inleiding 223
  - 43.2 Plaatsen spiraaltje 224
  - 43.3 Uitvoering plaatsing spiraaltje 224
  - 43.4 Nazorg 225
  - 43.5 Verwijderen spiraaltje 226
    - Literatuur 226
- 44 Soorten beeldvormend onderzoek 227**
  - 44.1 Inleiding 227
  - 44.2 Conventioneel röntgenonderzoek 227
  - 44.3 Echografie 228
  - 44.4 Computertomografie (CT) 229
  - 44.5 Magnetic resonance imaging (MRI) 231
  - 44.6 Digitale subtractie-angiografie (DSA) 233
  - 44.7 PET-CT 233
  - 44.8 Kenmerken beeldvormende onderzoeken 234
  - 44.9 Het aanvraagformulier 234
    - Literatuur 235

**45 Orgaangericht beeldvormend onderzoek** 237

- 45.1 Inleiding 237
- 45.2 Beeldvormend onderzoek hersenen 237
- 45.3 Beeldvormend onderzoek hals 238
- 45.4 Beeldvormend onderzoek thorax 239
- 45.5 Beeldvormend onderzoek cardiovasculair 241
- 45.6 Beeldvormend onderzoek van de wervelkolom 242

- 45.7 Beeldvormend onderzoek van het abdomen 243
- 45.8 Beeldvormend onderzoek van het musculoskeletale systeem 247
- 45.9 Beeldvormend onderzoek mamma 248
- 45.10 Kinderradiologie 251
- 45.11 Interventieradiologie 252
- Literatuur 255

**Register** 257

# Patiëntveiligheid

I.P. Leistikow en A. Molendijk

## 1

### 1.1 Inleiding

Er zijn twee soorten artsen: zij die betrokken zijn geweest bij een ernstig incident, en zij die betrokken gaan worden bij een ernstig incident. Wat wij u in dit hoofdstuk willen meegeven, is het besef dat u er altijd rekening mee moet houden dat medische handelingen anders kunnen verlopen dan u had verwacht en dat ze zelfs ernstig mis kunnen gaan. Niet om u onzeker te maken, maar om u juist voor te bereiden op het onverwachte, zodat u ook in die situaties het beste resultaat voor uw patiënt kunt bereiken. Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen: een theoretisch deel over de achtergrond van het thema ‘patiëntveiligheid’ en een praktisch deel gericht op de vraag hoe u zelf kunt bijdragen aan veiligere zorg.

### 1.2 Theorie over patiëntveiligheid

#### ONBEDOELDE SCHADE KOMT VEEL VOOR

Ondanks de goede opleidingen, de hoge motivatie en de technische mogelijkheden krijgt ongeveer één op de 20 patiënten die opgenomen worden in Nederlandse ziekenhuizen, te maken met onbedoelde schade; lichamenlijk letsel dat niet het gevolg is van het ziektebeeld, maar van de wijze waarop de zorg is geleverd. Voorbeelden hiervan zijn: verkeerde medicatie gegeven waardoor nierfalen of een anafylactische reactie optreedt, te laat herkende nabloeding of infectie door informatieverlies in een overdracht, foutieve behandeling of onvoldoende hygiëne waardoor een infectie ontstaat. Dit soort ongewenste uitkomsten vallen onder het thema ‘patiëntveiligheid’. De definitie van patiëntveiligheid luidt: ‘Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem.’<sup>[1]</sup> Eenvoudiger gezegd: patiëntveiligheid gaat over het voorkomen van onbedoelde schade bij patiënten.

Het is zinvol om u te realiseren dat veel patiënten doelbewust schade wordt toegebracht. Dat is inherent aan

goede gezondheidszorg. Er zijn behandelingen die altijd een bepaalde mate van schade met zich meebrengen. Om een ontstoken blindedarm te verwijderen moet de chirurg de patiënt incideren, of op z’n minst met een endoscoop zijn buik binnengaan. Om kanker te behandelen moet de patiënt bestraald worden of chemotherapie krijgen. Deze behandelingen brengen schade toe aan de patiënt (zoals operatiewonden, pijn, weefselschade ten gevolge van straling, bijwerkingen van medicatie), die inherent is aan de behandeling. Dit is schade die geaccepteerd wordt, omdat de ernst van de schade ten gevolge van de behandeling opweegt tegen het verwachte positieve effect van die behandeling op de ernst van de schade ten gevolge van het ziektebeeld.

#### MEDISCHE COMPLICATIE IS ‘CALCULATED RISK’

Naast de bovenbeschreven categorie schade die altijd optreedt ten gevolge van de behandeling, is er een categorie schade die op zou kunnen treden. Uit eerdere ervaring is bekend dat de behandeling in bepaalde situaties, of bij bepaalde patiënten, schade veroorzaakt, ook al wordt de behandeling lege artis uitgevoerd. Het is niet bij elke patiënt voorspelbaar of de schade zich zal manifesteren en wat de ernst zal zijn. Door verklevingen ten gevolge van een eerdere buikoperatie kan er tijdens een blindedarmoperatie in een arterie worden gesneden waardoor de patiënt een grote bloeding krijgt. Een patiënt kan onverwacht allergisch blijken te zijn voor een medicijn. In deze gevallen spreken we van een complicatie. De schade is het gevolg van een correct uitgevoerde behandeling maar kan soms erger zijn dan de schade ten gevolge van het ziektebeeld. Een patiënt kan bijvoorbeeld aan een bloeding overlijden. Het risico hierop is vooraf bekend en wordt zo goed mogelijk meegewogen in de beslissing om de behandeling al dan niet te verrichten. Het is een *calculated risk*. Er is een kans dat de schade zich manifesteert, maar dat risico weegt op tegen de verwachte gevolgen wanneer er geen behandeling wordt ingezet. Deze afweging is per patiënt maatwerk en vergt medisch inhoudelijke kennis en ervaring.

Het kan ook gebeuren dat een patiënt schade oploopt die niet voorzien was, maar die wel het gevolg is van een lege artis uitgevoerde behandeling. Er kan sprake zijn van een zeer zeldzame complicatie waar de arts geen rekening mee heeft gehouden, of van een complicatie die niet eerder beschreven is. In dat geval wordt gesproken van een ‘onvoorziene complicatie’.

#### INCIDENT IS ONVOORZIEN EN ONBEDOELD

Het kan ook gebeuren dat de patiënt schade oploopt omdat er tijdens of rondom de behandeling iets fout is gegaan. De blindedarmoperatie kan uitgesteld worden omdat het juiste instrumentarium ontbreekt, door ruzie in het operatieteam kan de concentratie beïnvloed zijn waardoor een arterie wordt geraakt, men kan vergeten zijn de juiste antibiotica vooraf toe te dienen waardoor de patiënt een infectie krijgt. Er kan een rekenfout worden gemaakt bij de dosering van de straling of de chemotherapie waardoor de patiënt onderbehandeld wordt of een overdosering krijgt. In deze gevallen spreken we van een incident of *adverse event*. Dit is schade waar vooraf géén rekening mee is gehouden, die niet is meegewogen in de afweging om de behandeling te starten en die geen bijwerking is van een lege artis uitgevoerde behandeling. Niet het ziektebeeld of de behandeling *sec*, maar een onbedoelde afwijking in de wijze waarop de zorg verleend is, heeft geleid tot schade aan de patiënt. Dit is waar het om draait binnen het thema patiëntveiligheid.

Patiëntveiligheid is geen onbeduidend thema. Ieder jaar sterven er in Nederlandse ziekenhuizen potentieel 1735 patiënten ten gevolge van vermijdbare onbedoelde schade. Het NIVEL/EMGO-onderzoek dat uitkwam in 2007, wees uit dat van de 1,3 miljoen patiënten die in 2004 waren opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen, 5,7% onbedoelde schade had opgelopen ten gevolge van de zorg. Daarvan werd ongeveer de helft vermijdbaar geacht. Van deze patiënten zouden 1735 potentieel overleden zijn als gevolg van deze vermijdbare schade.<sup>[2,3]</sup> Ter vergelijking: er vielen in datzelfde jaar in Nederland 881 verkeersdoden.<sup>[4]</sup>

#### OORZAKEN VAN ONVEILIGHEID IN DE ZORG

Divers onderzoek heeft aangetoond dat het overgrote deel van fouten in de zorg ontstaat door mankementen in gezondheidszorgprocessen (‘systemen’) en niet door slechte prestaties of gebrekkige inzet van individuen.<sup>[5]</sup> Dit wordt ‘systeemdenken’ genoemd. Systeemdenken houdt in dat processen worden beschouwd als een geheel van aaneengesloten onderdelen die invloed hebben op elkaar en op de uitkomst van het proces. Menselijke handelingen staan dus niet op zichzelf, maar zijn onderdeel van een systeem. Mensen zullen altijd fouten blijven maken en het systeem waarin mensen werken

moet idealiter zo ontworpen zijn dat deze fouten niet tot schade kunnen leiden.

Een eenvoudig voorbeeld van systeemdenken is het aanpassen van de diameter van de tuit van een dieselslang bij een tankstation, zodat deze niet meer past in de opening van de brandstoftank van een benzinemotor. Iemand kan nog steeds een fout maken door de verkeerde slang te pakken, maar het systeem corrigeert de fout waardoor de fout niet meer tot schade kan leiden.

De Britse hoogleraar veiligheid James Reason stelt dat veiligheid alleen verbeterd kan worden door gelijktijdig aandacht te besteden aan de mens, de techniek waarmee de mens moet werken en de organisatie waarin gewerkt wordt.<sup>[6]</sup> Reason spreekt over een samenspel van ‘latente fouten’ die het mogelijk maken dat een ‘actieve fout’ leidt tot een incident. Voorbeelden van latente fouten zijn: een cultuur waarin men elkaar niet aanspreekt op onveilig gedrag, werkroosters die tot oververmoeidheid leiden of tekort aan materieel. Voorbeelden van actieve fouten zijn: iets laten vallen, afwijken van een vooraf vastgestelde werkwijze en medicatie vergeten voor te schrijven. Vaak moeten er zowel latente als actieve fouten plaatsvinden om een incident te kunnen laten ontstaan. Reason ontwikkelde een model om dit in beeld te brengen, het zogenoemde ‘Zwitserse kaasmodel’ (zie figuur 1.1).<sup>[7]</sup> Hierbij staan de kaasblokjes symbool voor de diverse veiligheidsbarrières die doorbroken moeten worden voordat er een incident kan ontstaan.

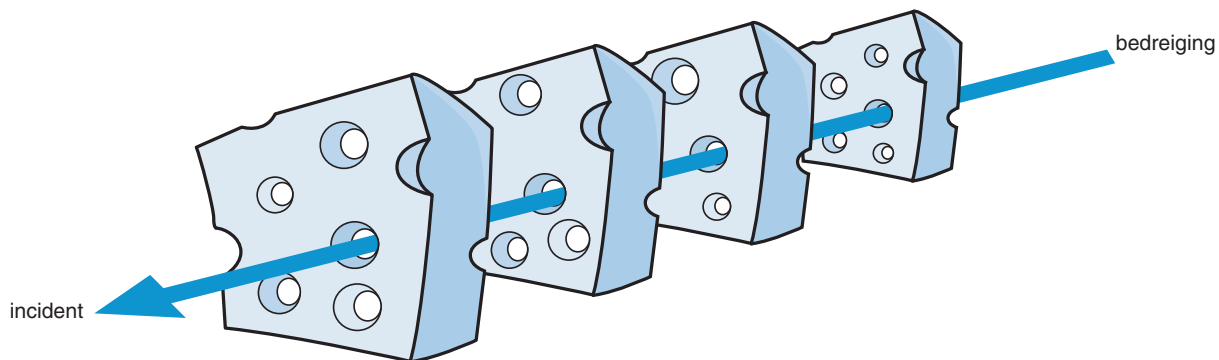
Het model van Reason leert ons dat het belangrijk is om zowel het eigen functioneren als de omgeving waarin u functioneert te betrekken bij het verbeteren van de patiëntveiligheid. Een uitstekende dokter bereikt nog steeds matige resultaten als zijn of haar omgeving matig is (slechte samenwerking, gebrek aan apparatuur e.d.). Andersom zal een matige dokter in een uitstekende omgeving ook niet de best mogelijke zorg voor de patiënt bereiken. Omdat niemand continu op 100% van zijn kunnen functioneert, is het van belang om u als arts bewust te zijn van hoe u uw omgeving optimaal kunt inzetten om fouten te voorkomen en de best mogelijke zorg voor uw patiënt te bereiken.

### 1.3 De praktijk

In dit deel zullen we specifiek ingaan op een techniek waarmee u de communicatie kunt verbeteren en enkele algemene tips waarmee u het risico op onbedoelde schade bij patiënten kunt verminderen.

#### PATIËNTVEILIGHEID – DE ROL VAN COMMUNICATIE

Een steeds terugkerend thema uit veel analyses van incidenten in patiëntenzorg is (gebrek aan) communicatie. Belangrijke informatie wordt niet overgedragen, wordt



**Figuur 1.1** 'Zwitserse kaasmodel' van professor James Reason.<sup>[7]</sup>

niet begrepen of wordt genegeerd. Zeker waar er hiërarchie in het spel is, vormt communicatie een risico-factor die bijdraagt aan vergissingen en incidenten. Door hiërarchische verhoudingen kan het bijvoorbeeld extra moeilijk zijn om de 'hogergeplaatste in rang' erop te wijzen dat een bepaalde situatie veiliger kan. Denk aan het verzuimen handen te wassen, een fout bij het uitrekenen van de medicatiedosering en het over het hoofd zien van laboratoriumuitslagen. Hiërarchie is overall, zeker in situaties van leerling-gezelverhouding zoals in de relatie tussen (co)assistenten en hun opleiders. Daarom geven wij hier een voorbeeld van een communicatievorm om in alle situaties, ook waar er hiërarchische barrières zijn, de boodschap helder over te brengen.

Om communicatie helder en eenduidig te maken in alle situaties, is door de Amerikaanse kernenergieonderzoekdienst de SBAR-techniek ontwikkeld. De afkorting SBAR staat voor: *Situation – Background – Assessment – Recommendation*.<sup>[7]</sup> Wij adviseren een tweede R, namelijk *Repeat*, om te komen tot SBARR. Hardop herhalen verkleint de kans op communicatiefouten (zie kader).

**SBAR(R)**

*Voorbeeld 1: Communicatie over een klinische situatie*  
 Begin met een korte beschrijving van de situatie, *Situation*: mevrouw Jansen heeft koorts.  
 Geef dan kort de achtergrond, de *Background*, weer: mevrouw Jansen is een 86-jarige mevrouw die eergisteren is geopereerd aan een heupfractuur.  
 Vertel dan wat u denkt dat er aan de hand is, *Assessment*: ik denk dat zij een wondinfectie aan het ontwikkelen is.  
 Geef dan uw advies, *Recommendation*: ik denk dat, als we geen andere oorzaak vinden, we moeten starten met antibiotica. Herhaal (*Repeat*) de uitkomst van het overleg letterlijk: *OK, dan start ik met antibiotica (dit middel, deze dosering) na afname van een bloedkweek.*

*Voorbeeld 2: Communicatie over een dreigende vergissing met rekenen*  
 Mag ik even met u overleggen? Ik heb meegerekend met deze berekening (*Situation*) om ervan te leren (*Background*). Nu krijg ik een andere uitkomst dan u. Volgens mijn berekening zou mevrouw Smit 10 keer minder moeten krijgen, dus als mijn berekening klopt, zal mevrouw Smit met het huidige voorschrift 10 keer te veel krijgen (*Assessment*). Zal ik het nogmaals narekenen (*Recommendation*)?

**PATIËNTVEILIGHEID BEWAKEN – UW EIGEN ROL**

Naast helder communiceren zijn er nog vele andere manieren waarop u als (co)assistent kunt bijdragen aan veilige zorg. We noemen er hier zes:

**HALT**

In bepaalde omstandigheden is de kans dat u een fout maakt groter. HALT is een ezelsbrug om er een paar van te herkennen: *Hungry, Angry, Late, Tired*. U ontkomt er niet aan dat u tijdens uw coschappen wel eens hongerig, boos, laat of moe bent. Wees u hiervan bewust en weet dat u dan extra alert moet zijn dat u geen fouten maakt. Vraag in die situaties bijvoorbeeld eerder hulp van een mede co, de verpleging of de aios. Daarnaast kunt u helpen door extra alert te zijn als de aios of de specialist aan HALT voldoet, om bijtijds eventuele fouten te herkennen en aan te geven.

**Schat de situatie in voordat u ergens aan begint**

Ga er nooit klakkeloos vanuit dat alles goed geregeld is. Ga, voordat u aan een handeling begint, bewust na of alles aanwezig is en of u alle relevante kennis hebt om de handeling goed uit te kunnen voeren. Is dit wel de juiste patiënt, ben ik in staat om bij deze patiënt de handeling correct uit te voeren? Als u bijvoorbeeld bloed moet prikken voor laboratoriumonderzoek, zorg er dan voor dat u:  
 – zeker weet welke patiënt u moet prikken (liggen er patiënten op de afdeling met dezelfde naam?);



- weet of de patiënt kenmerken heeft die het prikken moeilijker kunnen maken (verstoorde stolling, moeilijke vaten, shunt voor dialyse);
- weet dat u de juiste buisjes voorhanden heeft;
- weet waar de buisjes daarna heen moeten.

### Bedenk vooraf een 'Plan B'

Bedenk vooraf wat u gaat doen als het misgaat, zodat u op dat moment niet hoeft te improviseren. Zorg bijvoorbeeld dat u extra gaasjes bij de hand heeft als u een arteriepunctie gaat doen voor het geval het ernstig gaat bloeden, besluit of bespreek vooraf hoe vaak u een infuus gaat proberen te prikken voordat u hulp inschakelt, bedenk wat u gaat doen als de patiënt opeens flauwvalt tijdens het bloedprikken.

### Wees voorbereid om hulp te vragen

Op het moment dat u hulp nodig heeft, wilt u dat deze zo snel mogelijk komt. Zorg er dus vooraf voor dat u weet wie u kunt inschakelen en hoe u die persoon kunt bereiken. Zorg bijvoorbeeld dat u het nummer paraat heeft van de aios of de supervisor, zorg dat u altijd bij de noodbel kunt als u een onrustige patiënt benadert, en weet hoe de verpleegkundige heet die verantwoordelijk is voor deze patiënt.

### Falen volgt vaak op foutieve vooronderstellingen

Wees u ervan bewust welke informatie gebaseerd is op feiten en welke op aannames. Dit laatste komt namelijk veel voor in de zorg en is een groot risico voor onbedoelde schade. 'Ik neem aan dat iemand een kruisbloed heeft geprikt', 'ik neem aan dat deze patiënt niet allergisch is' enzovoort. Als de informatie mogelijk consequenties kan hebben voor het welzijn van de patiënt, zorg er dan voor dat u zeker weet dat het klopt. Schroom niet om het een keer extra te vragen of op te zoeken.

### Denk na een incident verder dan de schuldvraag

Als het dan toch nog misgaat, neem dan nadien de rust om niet alleen kritisch naar uw eigen handelen te kijken, maar ook naar welke omstandigheden het mogelijk maakten dat u bij dit incident betrokken kon raken. Wat kan er aan de organisatie, de omgeving, de taak of de techniek veranderd worden, zodat een collega in de toekomst niet bij eenzelfde soort incident betrokken raakt.<sup>[8]</sup> Met 'volgende keer beter opletten' wordt de zorg helaas niet structureel veiliger.

Dokter zijn is een prachtig vak en er zitten grote verantwoordelijkheden aan vast. Het is niet alleen uw taak om uw eigen handelingen zo goed mogelijk te doen, maar ook om het gehele zorgproces voor uw patiënt zo

goed mogelijk te laten verlopen. Wij hopen dat dit hoofdstuk hieraan zal bijdragen.

### Begrippen

*Patiëntveiligheid:* Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem.<sup>[1]</sup>

*SBAR:* acroniem voor Situation, Background, Assessment, Recommendation.

*Schade:* Een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functioneel verlies, of tot overlijden.<sup>[1]</sup>

*Complicatie:* Een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat sprake is van onherstelbare schade.<sup>[1]</sup>

*Incident:* Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.<sup>[1]</sup>

### Literatuur

- 1 Wagner C, Wal G van der. Voor een goed begrip. Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. Med Contact. 2005; 60(47): 1888-1891.
- 2 EMGO instituut/NIVEL. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. EMGO/NIVEL; 2007.
- 3 Zegers M, Bruijne MC de, Wagner C, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. Qual Saf Health Care. 2009; 18(4): 297-302.
- 4 Ministerie van Verkeer en Waterstaat. Flinkke daling aantal verkeersdoden in 2004. Nieuwsbericht; 27-04-2005.
- 5 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (red.). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- 6 Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate; 1997.
- 7 Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006; 32(3): 167-175.
- 8 Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. Qual Saf Health Care. 2006; 15 Suppl 1: i50-i58.