



**Veiligheidsprogramma
Voorkom schade, werk veilig
in de Nederlandse
ziekenhuizen**

12 juni 2007

INHOUD

Aanleiding	2
Mede door Sneller Beter op agenda	
Resultaten patiëntveiligheidsonderzoek	
Aandachtspunten en aandachtsgroepen	
Overige conclusies patiëntveiligheidsonderzoek	
Reeds bestaande acties om veiligheid te verbeteren	4
Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)	7
NTA	
Concrete activiteiten gericht op invoering VMS	
Onderwijs, opleiding en onderzoek	
10 nieuwe thema's om de veiligheid te verbeteren	9
Geïntegreerde aanpak	
3-traps veiligheidsprogramma	
10 nieuwe thema's	
Verantwoording volgorde en keuzes	
Toelichting op de thema's 1 t/m 4	
Doelstelling, ofwel: hoe veilig wordt de zorg?	13
Voorwaarden	14
Plan van aanpak	14
Begrippenkader	15
Meer informatie	16
Bijlage IGZ	17

SAMENVATTING

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (Orde), het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), presenteren op 12 juni 2007 gezamenlijk het patiëntveiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig'.

Het programma bestaat onder meer uit 10 nieuwe thema's, die voortkomen uit de praktijk, wetenschappelijke literatuur en uit de resultaten van het EMGO/Nivel-onderzoek (in opdracht van de Orde, april 2007) naar potentieel vermijdbare schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen. De 'hoog vermijdbaar' geclassificeerde schades uit dat patiëntveiligheidsonderzoek worden als eerste aangepakt. Alle betrokken beroepsorganisaties en de wetenschappelijke verenigingen van de erkende medische specialismen hebben hun inbreng gehad in het actieprogramma.

De zorgsector laat echter ook zien dat ze niet voor het eerst aan de slag gaat met patiëntveiligheid.

In dit actieprogramma staan ook de vele activiteiten en instrumenten die er al zijn om de veiligheid te verbeteren. De vlag waaronder zowel de bestaande als de nieuwe methoden en technieken een plaats krijgen, is een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Dit VMS wordt in alle Nederlandse ziekenhuizen ingevoerd en wordt steeds verder in- en aangevuld

met concrete, nieuwe acties uit het veiligheidsprogramma.

De sector geeft met dit programma een antwoord op de uitkomsten van het onderzoek naar onbedoelde schade en zal open zijn over de behaalde

resultaten. Het patiëntveiligheidsprogramma heeft een looptijd van 4,5 jaar. In 3 fases van 1,5 jaar gaan ziekenhuisdirecties, medisch specialisten en verpleegkundigen met verschillende acties aan de slag met het doel om de mogelijk vermijdbare schade in vijf jaar terug te brengen met 50%. De investering die nodig is om de doelstellingen te halen, komt deels van de ziekenhuizen zelf. Daarnaast is het veiligheidsprogramma afgestemd met het ministerie van VWS en de IGZ. Om de doelstellingen te realiseren is een oproep gedaan aan VWS om het programma financieel te ondersteunen.

In de programmaperiode tot 2012 wordt de mogelijk vermijdbare schade in de Nederlandse ziekenhuizen teruggebracht met 50%

Doelstelling veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig'

AANLEIDING

Mede door Sneller Beter op agenda

In de Nederlandse gezondheidszorg wordt al jaren hard gewerkt aan de kwaliteit en de veiligheid van de zorg, getuige de vele instrumenten die daartoe zijn ingezet (zie 'Reeds bestaande acties om de veiligheid te verbeteren', pagina 5). Mede door het in het kader van Sneller Beter uitgebrachte rapport in 2004 'Hier werk je veilig of je werkt hier niet' van Rein Willems, president-directeur van Shell Nederland, is de aandacht meer en explicieter op veiligheid komen te liggen. Het gaat daarbij om risico-inventarisaties, systemen voor veilig melden, analyseren van incidenten en het managen van verbetermaatregelen. Daarnaast wordt in het advies van Rein Willems gesproken over het creëren van een veiligheids-cultuur, commitment van de raad van bestuur én beleid en strategie op het gebied van patiëntveiligheid. Aan alle basiselementen is de afgelopen jaren op landelijk en lokaal niveau gewerkt (zie 'Veiligheidsmanagementsysteem', pagina 7).

Met name de twee aanbevelingen die specifiek waren gericht op de ziekenhuizen zijn in brede zin opgepakt door de veldpartijen en de ziekenhuizen, namelijk:

1. alle ziekenhuizen werken in 2008 met een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS).
2. directies zijn eindverantwoordelijk voor veiligheid.

Door dit rapport staat patiëntveiligheid al twee jaar landelijk uitdrukkelijk op de agenda.

Resultaten patiëntveiligheidsonderzoek

De Orde van Medisch Specialisten heeft in 2004 EMGO Instituut/VUmc opdracht gegeven onderzoek te doen naar de patiëntveiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen. De Orde wilde hiermee een einde maken aan globale schattingen van het aantal schades op basis van onderzoeken in andere landen. De resultaten van dit dossieronderzoek 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' zijn op 25 april 2007 gepresenteerd:

- Uit de resultaten komt naar voren dat van de 1,3 miljoen mensen die worden opgenomen in het ziekenhuis ongeveer 5,7% (76.000 patiënten) te maken krijgt met *onbedoelde schade*, mede veroorzaakt door het (niet) handelen van een zorgverlener of het zorgsysteem. Bij 2,3% (30.000 patiënten) van alle opnames is sprake van *potentieel vermijdbare schade*. Bij 10.000 van alle opnames is er sprake van blijvende schade. Bij 6.000 patiënten had dit waarschijnlijk voorkomen kunnen worden.
- Van alle opgenomen patiënten overlijdt 3%. 10,7% daarvan heeft te maken gehad met onbedoelde schade. Bij 4,1% kon het overlijden gerelateerd worden aan een mogelijk vermijdbare, onbedoelde gebeurtenis tijdens de behandeling en was er sprake van voortijdig overlijden. Naar schatting zijn in 2004 1735 patiënten voortijdig overleden.

De Nederlandse cijfers liggen internationaal aan de positieve kant maar zijn desalniettemin voldoende om in Nederland gericht aan de slag te gaan en een uiterste inspanning te leveren om de vermijdbare schade in de Nederlandse ziekenhuizen tot het absolute minimum terug te brengen. De (vervolg-)studie naar de oorzaken van vermijdbare schade zal in het voorjaar van 2008 worden afgerond.

Aandachtspunten en aandachtsgroepen

Bij het formuleren van de acties in dit veiligheidsprogramma is de aandacht voornamelijk uitgegaan naar patiënten die voor chirurgische ingrepen worden opgenomen, omdat meer dan de helft van de onbedoelde schade (54%) daaraan was gerelateerd. Daarna naar de niet-chirurgische ingrepen (17%) en als laatste de medicamenteuze behandeling (15%). Een nieuw aandachtspunt, dat in het onderzoeksrapport naar voren komt, is het diagnostisch proces. Ondanks dat slechts 6% van de potentieel vermijdbare schade optreedt tijdens diagnostiek is daarvan het overgrote merendeel (84%) hoog vermijdbaar en relatief vaak is daarbij ook nog sprake van permanente schade en overlijden.

De snijdende specialismen vormen in algemene zin een belangrijke aandachtsgroep, omdat daar het hoogste percentage onbedoelde schade (64%) is vastgesteld. De geconstateerde schade is het grootst bij de algemene chirurgie (36%), waarvan 50% hoog vermijdbaar is. In het rapport ‘Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen’ wordt onderscheid gemaakt tussen hoog, laag en niet vermijdbare schades. Ook bij de orthopaedie is sprake van een hoog percentage onbedoelde schade die als hoog vermijdbaar is aangegeven. Bij niet-snijdende specialismen komt minder onbedoelde schade voor, maar leidt de schade vaker tot blijvende gezondheidsbeperkingen of overlijden. Het hoogste percentage patiënten met blijvende beperkingen of overlijden zien we bij cardiologie, longziekten, algemene chirurgie en interne geneeskunde. De hoogste aantallen mogelijk vermijdbare schade met blijvende gezondheidsbeperkingen of overlijden komt voor bij cardiologie.

Overige conclusies patiëntveiligheids-onderzoek

Belangrijke factoren waarmee rekening moet worden gehouden, zijn de menselijke factoren. Ongeveer 65% van de onbedoelde schade, waarvan 61% mogelijk voorkomen had kunnen worden, is gerelateerd aan menselijke factoren als kennis, gedrag en vaardigheden. Daarnaast worden patiëntgerelateerde factoren (39%) benoemd als leeftijd, co-morbiditeit en communicatieve vaardigheden. Ongeveer 30% daarvan zou hoog vermijdbaar zijn. Ook organisatorische factoren (14%) en overtredingen (15%) kwamen voor bij hoog vermijdbare schade.

De potentieel vermijdbare schade blijkt tussen de ziekenhuizen niet zo ver uit elkaar liggen. De verschillen tussen individuele afdelingen in ziekenhuizen waren groter. In het rapport worden de bevindingen robuust genoemd, zelfs als wordt gecorrigeerd voor verschillen in patiëntenmix, ziekenhuiskenmerken en verschillen tussen verantwoordelijke specialismen en opnameafdeling. Ook de beoordelaars kregen de indruk dat de kwaliteit tussen de afdelingen sterk kan verschillen. Dat vraagt om een gerichte, afdelingsgebonden aanpak van patiëntveiligheid. Daarnaast is geconstateerd dat de medische dossiers voor 79% adequaat zijn en de dossiers van de verpleegkundigen voor 90%. Deze conclusie is eerder dit jaar ook getrokken door de IGZ in het eerste deel van het rapport Toezicht Operatief Proces (februari 2007). Dit onderzoek richtte zich op het preoperatieve proces.

Nivel/EMGO Instituut/VUmc doen in het rapport ‘Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen’ ook een aantal aanbevelingen. De belangrijkste aanbevelingen richten zich op de organisatie, patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding. Ook deze aanbevelingen zijn input voor dit veiligheidsprogramma.

REEDS BESTAANDE ACTIES OM VEILIGHEID TE VERBETEREN

Bij het formuleren van dit veiligheidsprogramma is gebruik gemaakt van de vele activiteiten, die in de afgelopen jaren zijn opgepakt door de veldpartijen en de overheid. Niet alleen recentere activiteiten specifiek gericht op het gebied van veiligheid maar ook al langer lopende projecten, programma's en andere initiatieven gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Al deze activiteiten hebben al bijgedragen aan en zullen blijven bijdragen aan het verbeteren van de patiëntveiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen.

- Orde, NVZ en LEVV zijn in november 2005 het project 'VMSzorg, Bouwen aan veiligheid in de zorg' gestart. Na een traject met 10 pilotziekenhuizen resulteert dat in juni 2007 in een basis voor een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) dat de ziekenhuizen gaan invoeren. Het VMS is de vlag waaronder de veiligheidsactiviteiten plaatsvinden (zie het hoofdstuk VMS op pagina 7).
- Door de NFU is in de zomer van 2006 het advies 'De handen ineen' uitgebracht. Hierin delen de Universitair Medische Centra (UMC's) hun kennis en ervaring en geven zij advies over het opzetten van een veiligheidsmanagementsysteem.
- In het programma **Sneller Beter** (pijler 3) doen 24 ziekenhuizen ervaring op met het systematisch verbeteren van de veiligheid van zorg door gerichte interventies te implementeren en uitkomsten structureel te meten. Het programma is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, NVZ, Orde en V&VN. De uitvoering wordt door Orde, CBO en iBMG gerealiseerd. Ook is in Sneller Beter breed ervaring opgedaan met het implementeren van incidentmelden en zijn resultaten behaald op de onderwerpen decubitus, postoperatieve wondinfecties en medicatieveiligheid.
- **Het patiëntveiligheidsprogramma van ZonMw** heeft ook bijgedragen aan tastbare producten, die zijn gebruikt in ziekenhuizen en in het project VMSzorg. Zo is er een cultuurevaluatieinstrument IZEP (Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur) ontwikkeld, waarmee het gesprek over patiëntveiligheid multidisciplinair kan worden gevoerd. Daarnaast is een evaluatie uitgevoerd van de prospectieve risico-inventarisatie methodiek FMEA (Failure Mode & Effects Analysis) in het UMCU (Universitair medisch Centrum Utrecht) en Maastricht Clinic in samenwerking met de TUE (Technische Universiteit Eindhoven).
- Op basis van onderzoek door de KNMG in opdracht van ZonMw hebben partijen een **gedragscode voor veilig melden van incidenten** opgesteld. Hierin is vastgelegd aan welke eisen een meldsysteem moet voldoen en hoe de melder wordt beschermd. De gedragscode gaat in op het doel van het melden van incidenten en geeft aan hoe kan worden voorkomen dat melders van incidenten aan de schandpaal worden genageld.
- Naast de brancheorganisaties zijn vele ziekenhuizen en zorgprofessionals op **eigen initiatief** aan de slag gegaan en delen zij hun kennis via de brancheorganisatie en via de landelijke initiatieven als NeoSafe, VMSzorg, Sneller Beter en Move Your Dot.
- Vanuit de Isala klinieken in Zwolle zette de kinderarts-neonatoloog dr. A. Molendijk in 2004 het project 'NeoSafe' op. Dit project werkt met bijna alle neonatologische ICU's (NICU's) in Nederland aan het systeem van Veilig Incident Melden (VIM). Kenmerken van VIM zijn: veilige cultuur, analyse, snelle terugkoppeling en het

nemen van maatregelen na bespreking. In 9 NICU's is het **incident melden** geïmplementeerd, waardoor specialismebreed ervaring is opgedaan met het melden.

- **'Move your dot'** is een landelijk project met 10 ziekenhuizen, waarin ervaring wordt opgedaan met 'Hospital Standardized Mortality Ratio' (HSMR) en daarbij behorende interventies. Het project is geïnitieerd door de Reinier de Graaf Groep, de Ziekenhuisgroep Twente, CBO, RIVM en Prismant.
- Vanuit het LEVV functioneert het **Landelijk centrum Decubitus**, dat verbeterprojecten in Nederland monitort met behulp van indicatoren opgesteld door de European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Hiermee stelt het LEVV dat een decubituspercentage onder de 5% op afdelingsniveau mogelijk is. Het LEVV biedt daarnaast begeleiding aan bij de implementatie van decubitusrichtlijn op verpleegafdelingen en deskundigheidsbevordering op het terrein van decubituspreventie voor zorgprofessionals in de breedste zin van het woord (www.decubitus-nederland.nl). Vanuit V&VN worden op regionaal niveau in het land diverse projecten geïnitieerd om tot **ketenzorg op het gebied van decubituspreventie en -behandeling** te komen.
- De **basisset indicatoren** van de IGZ, opgesteld in samenwerking met Orde, NVZ en NFU, is primair bedoeld om de kwaliteit inzichtelijk te maken. Sinds september 2004 publiceren ziekenhuizen hun resultaten, zowel op de eigen sites als via de NVZ databank Kwaliteit. In de indicatorenset neemt veiligheid een steeds belangrijker plaats in. Het monitoren van onbedoelde schade

is belangrijk om het continu verbeteren van de patiëntveiligheid te initiëren, te realiseren en te borgen.

- In het kader van de meerjarenafspraken van de Orde met het ministerie van VWS heeft vanaf 2000 elke wetenschappelijke vereniging van een erkend medisch specialisme 'evidence based' **richtlijnen** ontwikkeld en geïmplementeerd. Medisch-specialistische richtlijnen zijn een leidraad voor preventieve, diagnostische, therapeutische of organisatorische procedures. Richtlijnen worden ontwikkeld om kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren, inter-doktervariatie terug te dringen en het medisch handelen transparanter te maken. Ruim 110 richtlijnen zijn in dit kader ontwikkeld en nog eens 30 zijn nog in ontwikkeling.
- In 1999 heeft de Orde in het kader van de meerjarenafspraken met VWS het initiatief genomen voor het ontwikkelen van een landelijk systeem voor **complicatieregistraties**. De subsidie van VWS is geëindigd in december 2006. Met een elektronische en systematische complicatieregistratie wordt beoogd betrouwbare informatie te verzamelen over complicaties, factoren te vinden die aangrijpingspunten vormen om complicaties te voorkómen en een kwaliteitscyclus, gericht op preventie, te realiseren.
- In nauwe samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen ontwikkelt de Orde een toetsingsinstrument voor de evaluatie van het **individueel functioneren van medisch specialisten (IFMS)**. De onderwerpen voor de jaarlijkse evaluatiegesprekken zijn ontleend aan de competentiegebieden, die ook worden gebruikt voor de eindtermen van de medisch-specialistische vervolgopleiding. De individuele beoordeling is een aan-

vulling op de kwaliteitsvisitaties die al sinds jaar en dag plaatsvinden.

- Het **Nationaal platform patiëntveiligheid** is naar buitenlands voorbeeld opgericht om de lessen die professionals leren, snel te kunnen delen. Dit platform is voortgekomen uit een informeel netwerk van ervaringsdeskundigen, die werkzaam zijn bij koepelorganisaties, onderzoeksinstellingen en kwaliteitsinstituten. Minister Hoogervorst heeft de aanbevelingen uit het rapport van Rein Willems overgenomen en heeft eind 2004 aan ZonMw een formele opdracht gegeven een programma patiëntveiligheid te starten. Het platform organiseert eens per jaar **de week van de patiëntveiligheid** (www.platformpatientveiligheid.nl)
 - **Opleiding en onderwijs** zijn essentiële gelegenheden om patiëntveiligheid onder de aandacht te brengen van medisch specialisten, artsen in opleiding en verpleegkundigen. In het UMCU en het Erasmus MC maakt patiëntveiligheid al onderdeel uit van het curriculum. Artsen in opleiding worden tijdens een opleidingsdag bewust gemaakt van fouten, risico's in de zorgprocessen en de eigen menselijke beperkingen. Daarnaast worden in Nederland simulatiecentra gestart om de vaardigheden van artsen in opleiding te trainen en de samenwerking te bevorderen.
 - Op het gebied van samenwerking wordt in het project VMSzorg en het Erasmus MC gewerkt aan een **teamtraining** (TRM) die is afgeleid van de 'Crew Resource Managementtraining' die gebruikt wordt bij de Koninklijke Luchtmacht. De training is gebaseerd op menselijke factoren zoals communicatie, groepsproces, leiderschap, vermoeidheid, stress en besluitvorming.
- Momenteel wordt de training in 2 Haagse ziekenhuizen getest op algemene toepasbaarheid in de gezondheidszorg.
- **Wetenschappelijk onderzoek** naar patiëntveiligheid dat momenteel wordt uitgevoerd omvat 2 grote onderzoeken: het Landelijk Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederland (www.onderzoekpatientveiligheid.nl) en de HARM-studie naar medicatiegerelateerde opnames in ziekenhuizen (www.nvza.nl, www.knmp.nl). Daarnaast heeft de programmacommissie Patiëntveiligheid van ZonMw in 2005 9 ontwikkel- en onderzoeksprojecten gehonoreerd, waaronder projecten gericht op risicoanalyses, cultuurmetingen, incidentmelden in huisartspraktijken en medicatieveiligheid bij kinderen (www.snellerbeter.nl)

VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM (VMS)

‘Alle ziekenhuizen werken in 2008 met een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS)’, dat was de belangrijkste aanbeveling van Rein Willems in zijn rapport ‘Hier werk je veilig of je werkt hier niet’. Orde, NVZ en LEVV hebben in antwoord op die aanbeveling in november 2005 gezamenlijk het initiatief genomen om een gecertificeerd VMS te ontwikkelen. In het project ‘VMSzorg, Bouwen aan veiligheid in de zorg’ heeft dat in nauwe samenwerking met 10 pilotziekenhuizen geresulteerd in de basis van een VMS.

De kern van een VMS is het inventariseren van risico’s en het vastleggen van maatregelen om die risico’s te beheersen en de kwaliteit van zorg continu te verbeteren. Voor een gecertificeerd VMS is een aantal basiselementen vastgesteld, getest en ontwikkeld. Deze basiselementen worden nu - juni 2007 - aan alle ziekenhuizen en de daarin werkende zorgprofessionals aangeboden, zodat ieder ziekenhuis een VMS kan invoeren. De basiselementen zijn:

- het formuleren van een veiligheidsbeleid en -strategie
- het creëren van een ‘veilige’ cultuur
- het veilig incident melden
- het geven van inzicht in risicovolle processen
- het blijvend verbeteren van de (patiënt)veiligheid.

NTA

Om tot een gecertificeerd VMS te komen, moesten kwaliteitseisen voor de basiselementen worden ontwikkeld die als normenkader van het VMS kunnen dienen, de zogenaamde NTA (Nederlands Technische Afspraak). De NTA (in het VMS wordt gewerkt met de NTA 8009:2007) bevat eisen voor de basiselementen van het VMS, zoals leiderschap, communicatie, medewerkers (waaronder training), retrospectieve en prospectieve risico-inventarisatie, monitoren van uitkomsten en rapportage, beheersmaatregelen en verbeteren.

Daarnaast is de NTA 8009:2007 ook uit te breiden met uitkomstmaten en eisen op specifiek inhoudelijke onderwerpen, waarvan bekend is hoe deze positief bijdragen aan de veiligheid van zorg. Een voorbeeld is decubitus. De interventies, die bijdragen aan het verminderen van decubitus zijn wetenschappelijk onderbouwd en landelijk geïmplementeerd. Om landelijke verankering te realiseren zullen interventies als eisen worden opgenomen in de NTA. Zo zal decubitus het eerste onderwerp zijn dat in eisen wordt uitgewerkt in de NTA, waarbij bijvoorbeeld het decubituspercentage niet hoger mag zijn dan 5% en alle risicopatiënten moeten worden verpleegd op een antidecubitusmatras.

Concrete activiteiten gericht op invoering VMS

Het VMS is de vlag waaronder de veiligheidsactiviteiten plaatsvinden. Het is daarom de bedoeling de initiatieven uit dit veiligheidsprogramma te verankeren in het VMS. Daarnaast zijn er concrete activiteiten, die zijn beschreven in draaiboeken en zijn gericht op de invoering van een VMS in een ziekenhuis. Onder meer:

- Het implementeren van het melden en analyseren van incidenten.
- Het vaststellen van zwakke afdelingen in de ziekenhuizen, bedoeld om gericht een veiligheidsbeleid op te stellen en uit te voeren. Het verrichten van een veiligheidsinventarisatie door het afnemen van een quick scan, cultuuronderzoek en dossieronderzoek. Onderwerpen uit het veiligheidsprogramma (zie pagina 9) worden standaard meegenomen in het beleid.
- Het systematisch en multidisciplinair houden van complicatiebesprekingen en doen van dossieronderzoek van overleden patiënten. Deze activiteiten zijn als eis opgenomen in de NTA 8009.

De veiligheidsprestaties van de ziekenhuizen worden tijdens het veiligheidsprogramma verzameld en ziekenhuizen worden ondersteund om veiligheidsprestaties intern te monitoren. Om in het veiligheidsprogramma zoveel mogelijk zorgprofessionals en ziekenhuizen te betrekken en landelijk te ondersteunen, wordt voor een deel gewerkt met het beschikbaar stellen van informatie via internet (www.vmszorg.nl).

Verder zal:

- de NTA 8009 moeten worden uitgebreid met inhoudelijke thema's en veiligheidsindicatoren om verankering van de acties in het veiligheidsprogramma te realiseren.
- de teamtraining, die is gestart in het VMSzorg project, verder worden ontwikkeld en verankerd in een landelijk onafhankelijk instituut. Hierbij zal samenwerking worden gezocht met het ATOM-project van het Erasmus MC.

Onderwijs, Opleiding en Onderzoek

In alle onderwijs aan en opleidingen van artsen en verpleegkundigen zal het thema patiëntveiligheid als scholingsmodule worden aangeboden. De module besteedt aandacht aan bewustwording, incident melden, procesmatig denken en dossieronderzoek. De uiteindelijk verankering vindt plaats in de NTA 8009.

In overleg met de NFU zal wetenschappelijk onderzoek worden geïnitieerd naar vermijdbaarheid van nu nog onvermijdbaar lijkende schade. De wetenschappelijke verenigingen kunnen de resultaten daarvan vervolgens in hun medisch-specialistische richtlijnen opnemen.

10 NIEUWE THEMA'S OM DE VEILIGHEID TE VERBETEREN

Geïntegreerde aanpak

Het een kan niet zonder het ander. Daarom is in het veiligheidsprogramma gekozen voor een geïntegreerde aanpak. Ziekenhuizen en zorgverleners gaan werken aan het VMS én aan inhoudelijke verbeteringen, die op korte termijn bijdragen aan het reduceren van mogelijk vermijdbare schade.

De onderwerpen voor potentieel vermijdbare schade zijn onder andere gedestilleerd uit het overzicht in de bijlage van het rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen'. Daarin zijn per specialisme de gebeurtenissen en de mate van vermijdbaarheid aangegeven. De 'hoog vermijdbare' gebeurtenissen waarbij schade optreedt, vormen de basis voor de nieuwe acties. Als de acties succesvol zijn ingevoerd, dus met aantoonbaar verminderde schade, worden ze opgenomen in de NTA 8009.

Het veiligheidsprogramma is vormgegeven vanuit de gedachte dat iedereen die in de zorg werkzaam is, zich realiseert dat schade veelal is te voorkomen, mits iedereen doet wat is afgesproken. Dat bleek ook na het baanbrekende rapport 'To Err is Human' (1999). Ondanks alle ingezette veiligheidsinitiatieven bleek de zorg in de VS niet veel veiliger te zijn geworden. Een veelvoud aan levens zou kunnen worden gered als men zorg zou leveren volgens de professionele standaarden, in organisaties die daarop zijn ingericht, met een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en als men over dat alles verantwoording zou afleggen. 'Afspraak is afspraak' lijkt simpel maar kennelijk werkt het niet zo. Implementatie van professionele standaarden kan ook in Nederland nog verder worden verbeterd.

10 nieuwe thema's

Het veiligheidsprogramma richt zich op potentieel vermijdbare schade en sterfte in ziekenhuizen.

Er zijn 10 thema's vastgesteld die op dit moment kunnen en moeten worden opgepakt. Gaandeweg het traject zullen partijen steeds blijven beoordelen welke thema's prioriteit moeten hebben.

1. Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie
2. Voorkomen van schade bij patiënten met een centraal veneuze lijn (inbrenschade, infecties en sepsis)
3. Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies
4. Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor de momenten van overdracht
5. Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt met specifieke aandacht voor:
 - Herkennen en voorkomen van delier (verwardheid)
 - Valpreventie
 - Voorkomen van mobiliteitsverlies
 - Voorkomen en verhelpen van ondervoeding
6. Voorkomen van sterfte ten gevolge van een acuut myocard infarct (acuut myocard infarct is een plotselinge onverwachte hartaanval)
7. Voorkomen van onnodig lijden van patiënten door pijn
8. Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high risk medicatie
9. Voorkomen van verwisseling van patiënten en bij patiënten
10. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie

3-traps veiligheidsprogramma

NVZ, NFU, Orde, LEVV en V&VN hebben voor het veiligheidsprogramma op basis van het bovenstaande, het rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' en overleggen met de wetenschappelijke verenigingen, VWS en de IGZ uiteindelijk 10 thema's gekozen die een gunstig effect zullen hebben op de patiëntveiligheid. Partijen starten een 3-traps veiligheidsprogramma:

1 t/m 4 starten op 1 januari 2008

5 t/m 7 starten op 1 juli 2009

8 t/m 10 starten op 1 januari 2011

Verantwoording volgorde en keuzes

De volgorde wordt voornamelijk bepaald door de hoeveel voorbereiding die nog nodig is. Voor de thema's waarmee partijen starten, liggen de interventies al zo goed als klaar. Voor de andere categorieën moeten nog meer voorbereidingen worden getroffen. Daarnaast kunnen de actualiteit en de oorzakenstudie van het patiëntveiligheidsonderzoek nog invloed hebben op de keuze en de volgorde van de thema's.

In het veiligheidsprogramma wordt vooral aandacht geschonken aan de specialismen chirurgie, cardiologie, interne geneeskunde en longziekten. Dit zijn namelijk de specialismen zijn waar de meeste 'winst' is te behalen: door de aanwezige schade en het grote aantal patiënten dat wordt behandeld. Daarnaast is de risicogroep 'ouderen' opgenomen in de onderwerpen. Decubitus als apart onderwerp is (nog) niet opgenomen, omdat dat al eerder als speerpunt wordt genoemd voor de komende jaren en bovendien de draaiboeken daarvoor al breed verspreid zijn. Opname in de NTA 8009 maakt dergelijke onderwerpen ook onderdeel van het te certificeren VMS.

Voor de selectie van de interventies:

- zijn interviews gehouden met wetenschappelijke verenigingen, de verpleegkundige achterban van de V&VN en het netwerk lectoren, hoogleraren en LEVV
- is een verzoek voor onderwerpen ingediend bij de wetenschappelijke verenigingen (aansluitend bij bestaande, landelijke kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen, complicatieregistratie en de prestatie-indicatoren)
- is een inventarisatie uitgevoerd naar nationale en internationale succesvolle acties
- is afstemming gezocht en gevonden met het beleid van IGZ en VWS.

Toelichting op de thema's 1 t/m 4

Vanaf 1 januari 2008 tot en met juni 2009 richt het programma zich op:

1. Voorkomen van ziekenhuisinfectie na een operatie

Een operatie kan voor patiënten het risico van een postoperatieve wondinfectie (POWI) met zich meebrengen. Uit de cijfers van het surveillancenetwerk PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance (PREZIES) blijkt dat ziekenhuisinfecties nog steeds veel voorkomen in Nederland. Een POWI levert veel ongemak op voor de patiënt en daarnaast is uit de literatuur gebleken dat een patiënt met POWI een tweemaal grotere kans heeft om te overlijden dan een patiënt zonder POWI.

Op basis van de cijfers in PREZIES komt naar voren dat in de Nederlandse ziekenhuizen veel variatie te zien is tussen de afdelingen en de verschillende soorten operaties. Hieruit kan worden geconcludeerd dat er nog steeds ruimte is voor verbetering. De afgelopen periode hebben 24 Sneller Beter ziekenhuizen gewerkt met gerichte maatregelen om POWI te voorkomen. De maatregelen zijn gericht op zeer concrete zaken als tijdig toedienen van antibiotica, verminderen van het aantal deurbewegingen op de OK, niet scheren. De successen uit Sneller Beter en de schade die POWI met zich meebrengt voor de patiënt zijn aanleiding geweest om POWI als een van de thema's op te nemen in het veiligheidsprogramma.

Doelstelling

In het veiligheidsprogramma wordt gestreefd naar een halvering van het aantal POWI's in de ziekenhuizen.

Interventies

Om de doelstelling te halen wordt gebruik gemaakt van de beschikbare 'best practices' waarmee ervaring is opgedaan in Sneller Beter, zoals adequaat gebruik van profylactische antibiotica, niet scheren, gebruik van andere perioperatieve maatregelen en het gebruik van de hygiënevoorschriften van de Werkgroep InfectiePreventie (WIP).

2. Voorkomen van schade bij patiënten met een centraal veneuze lijn (inbrenschade, infecties en sepsis)

Centraal veneuze lijnen zijn lange infusen waarvan het uiteinde, via de aderen, rechtstreeks in het hart ligt. Deze infusen worden ook wel 'lange lijnen' genoemd.

Inbrenschade

Bij het inbrengen van een centraal veneuze lijn kan schade ontstaan door een onjuiste techniek of procedure te hanteren bij het inbrengen. Inbrenschade kan bij patiënten een klaplong of een bloeding veroorzaken.

Doelstelling

Terugdringen van de inbrenschade met 50%.

Interventies

Om inbrenschade te beperken zullen alle ziekenhuizen moeten zorgdragen voor de juiste toepassing van de inbrenstechniek door gebruik te maken van een protocol inclusief training.

Sepsis

Sepsis (bloedvergiftiging) is een ernstige aandoening waaraan meer patiënten overlijden dan aan borstkanker, colonkanker of longkanker tezamen. In de Nederlandse ziekenhuizen komt sepsis vaak voor. Sepsis kan gepaard gaan met orgaanfalen. Als wordt gesproken van een ernstige sepsis is de sterftekans 40%. De behandeling en zorg voor patiënten met sepsis is intensief en het herstel is vaak langdurig. Het ziektebeeld sepsis is moeilijk te herkennen waardoor de behandeling regelmatig (te) laat wordt herkend en niet volledig is. Een vroege herkenning en behandeling zijn dus essentieel om sepsis te voorkomen en adequaat te kunnen behandelen. In navolging van een internationaal initiatief van onder andere de European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) en de Society of Critical Care Medicine (SCCM) is in Nederland in 2005 de 'Surviving Sepsis Campaign' gestart. Inmiddels participeren 11 Nederlandse ziekenhuizen in deze campagne.

Doelstelling

In het veiligheidsprogramma wordt aangesloten op de ‘Surviving Sepsis Campaign’. De doelstelling wordt ook overgenomen: een reductie van de sterfte aan ernstige sepsis van 25% in 5 jaar.

Interventies

Met een set van maatregelen die zijn vastgelegd in de richtlijn sepsis wordt het herkennen en behandelen van sepsis op de intensive care verbeterd. De richtlijn bestaat uit een resuscitatie bundel, sepsis management bundel en aanvullende aandachtspunten.

3. Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies

Patiënten met bedreigde vitale functies als ademhaling, bewustzijn en circulatie van het bloed (hartslag) hebben adequate behandeling en zorg nodig om vermijdbare schade en overlijden te voorkomen. Om adequaat te kunnen reageren op deze patiëntengroep zijn eenduidige afspraken nodig die in ieder geval betrekking hebben op tijdig signaleren van achteruitgang bij patiënten als een kritische grens wordt overschreden.

Doelstelling:

De doelstelling is de sterfte bij patiënten met bedreigde vitale functies te reduceren met 25%.

Interventies

Om de sterfte bij patiënten met bedreigde vitale functies te verminderen is het belangrijk dat het zorgproces rond deze patiëntengroep is vastgelegd in ziekenhuisprotocollen. Hierin moeten afspraken zijn opgenomen over de bandbreedtes van de vitale functies en hoe wordt gehandeld bij het achteruit-

gaan van een patiënt (bijvoorbeeld het inzetten van een spoedinterventieteam).

4. Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor de momenten van overdracht

Onderzoek in Nederland heeft uitgewezen dat er bij het voorschrijven van medicatie vaak vermijdbare fouten worden gemaakt. Deze fouten komen naar voren in het grote aantal adverse events, die in de ziekenhuizen worden geregistreerd. Een belangrijk deel van de fouten is toe te schrijven aan de medicatieoverdracht tussen verschillende zorginstellingen, afdelingen en zorgprofessionals, die daarbinnen werkzaam zijn.

Doelstelling

De doelstelling voor medicatieoverdracht wordt vastgesteld als de richtlijn medicatieoverdracht formeel is vastgesteld en is bepaald waar de aandacht komt te liggen binnen het thema medicatieoverdracht.

Interventies

De maatregelen worden afgeleid uit de richtlijn medicatieoverdracht, die alle veldpartijen en IGZ zullen opstellen. De richtlijn heeft betrekking op de organisatie van medicatieoverdracht, zodat er geen vergissingen mogelijk zijn in persoon, middel(en) en dosering(en).

DOELSTELLING, OFWEL: HOE VEILIG WORDT DE ZORG?

De doelstelling uit het rapport van Rein Willems dat alle Nederlandse ziekenhuizen per 1 januari 2008 over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem moesten beschikken, is te ambitieus gebleken, maar heeft wel bijgedragen aan het hoge tempo waarmee de VMS-activiteiten in de afgelopen periode zijn opgepakt. Voor dit veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’ leggen partijen een nieuwe doelstelling neer gebaseerd op de cijfers uit het rapport ‘Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen’.

Doelstelling

De NVZ vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (Orde), het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), hebben met VWS en de IGZ afgesproken de komende jaren de omvang van onbedoelde schade terug te brengen met 50% in 5 jaar, door potentieel vermijdbare schade te voorkomen op inhoudelijke aandachts-gebieden en het VMS landelijk te implementeren (gebaseerd op de NTA 8009). Deze doelstelling kan alleen worden gehaald als alle partijen hun schouders eronder zetten en als

alle partijen in dezelfde thema’s investeren. Dit om te voorkomen dat ziekenhuizen en zorgprofessionals door verschillende partijen worden benaderd met verschillende wensen en activiteiten, wat dan ook nog per jaar kan verschillen.

Openheid over de resultaten

De zorgsector wil deze doelstelling behalen door in periodes van 18 maanden specifiek aandacht te besteden aan de meest voorkomende en meest ernstige schades.

Dit houdt in dat na het programmaperiode, bijvoorbeeld de mogelijk vermijdbare sterfte zal zijn gehalveerd en links-rechts verwisselingen nauwelijks meer voorkomen. Door de periodiciteit van 18 maanden is na elke

1½ jaar de balans op te maken van bereikte resultaten. Dit zal gebeuren door opname van geëigende indicatoren in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, dat elk ziekenhuis jaarlijks moet verstrekken. Daarnaast zullen de verbeterprojecten onafhankelijk moeten worden geëvalueerd, zullen de effecten moeten worden gemeten en zal de hoeveel onbedoelde schade na verloop van tijd weer moeten worden gemeten.

In de programmaperiode tot 2012 wordt de mogelijk vermijdbare schade in de Nederlandse ziekenhuizen teruggebracht met 50%.

Doelstelling veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’

VOORWAARDEN

- Ziekenhuizen die participeren in het programma dragen financieel bij aan het realiseren van het programma.
- Wetenschappelijke verenigingen, V&VN en het netwerk lectoren, hoogleraren en LEVV geven hun commitment aan het landelijke programma.
- Om alle ziekenhuizen in Nederland te kunnen bedienen zullen trainers moeten worden opgeleid.
- De IGZ en het ministerie van VWS onderschrijven het veiligheidsprogramma en blijven betrokken bij de samenstelling van de thema's (zie bijlage IGZ).
- De IGZ ziet vanuit haar functie toe op de uitkomsten van het veiligheidsprogramma.
- Partijen hebben een oproep gedaan aan VWS om de ziekenhuizen financieel te ondersteunen bij het behalen van de gestelde doelstellingen.

PLAN VAN AANPAK

Het plan van aanpak is apart uitgewerkt naast deze publieksversie. In het plan van aanpak staat aangegeven hoe ziekenhuizen en zorgprofessionals kunnen participeren in het veiligheidsprogramma en ondersteuning zij kunnen verwachten.

Afhankelijk van het rondkrijgen van de financiële kant, organiseren partijen zo snel mogelijk een startbijeenkomst.

BEGRIPPENKADER

Begrippenkader Patiëntveiligheid

(Wagner C., Wal G. van der. Voor een goed begrip. MC 2005;60(47): 1888-1891)

Complicatie

Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.

Nader criterium:

Een complicatie is geconstateerd gedurende de behandeling of bij de direct daarop volgende polikliniek controle, dan wel binnen een door de wetenschappelijke vereniging bepaalde periode vanaf het begin van de behandeling.

NB: Niet van belang in dit kader is het resultaat van de feitelijke medisch-specialistische behandeling, de waarschijnlijkheid van de complicatie en de eventuele aan- of afwezigheid van schuld.

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 tekortkoming van het zorgsysteem.

Incident

Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of had kunnen of zou kunnen leiden.

Onbedoelde gebeurtenis

Een gebeurtenis ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en of tekortkomingen van het zorgsysteem, en die niet het (logische) gevolg is van de ziekte/aandoening of van een goed afgewogen risico of ingecalculiseerd neven-effect van een behandeling.

Near miss = onbedoelde gebeurtenis zonder schade

Een onbedoelde gebeurtenis ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of tekortkomingen van het zorgsysteem, die a) niet nadelig is voor de patiënt omdat de gevolgen op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd (near miss), of b) waar de gevolgen niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt.

Adverse event = onbedoelde gebeurtenis met schade

Een onbedoelde gebeurtenis die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig ernstig sprake is van een tijdelijke of permanente beperkingen, verlening of verzwaring van de behandeling dan wel overlijden van de patiënt.

Schade

Een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlening of verzwaring van de behandeling, tijdens of blijvend lichamelijke, psychisch en/of sociaal functieverlies, of tot overlijden.

Klacht

Elke schriftelijk vastgelegde uiting van onvrede van een patiënt of diens vertegenwoordiger over het handelen van een hulpverlener of het zorgsysteem.

MEER INFORMATIE

Rapporten

‘Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen’ van EMGO Instituut/VUmc en NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg in opdracht van de Orde, april 2007

‘To err is human’: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC, USA: National Academies Press; 1999.

‘Hier werk je veilig of je werkt hier niet’ van Rein Willems, president-directeur van Shell Nederland, november 2004

‘De handen ineen’, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), juli 2006

‘Plan van aanpak veiligheidsprogramma Voorkom schade, werk veilig’, juni 2007

Verwijzingen

www.emgo.nl
www.igz.nl
www.ihi.org
www.iom.edu
www.knmp.nl/download-bestanden/eindrapport_harm-nov-2006.pdf
www.minvws.nl
www.nivel.nl
www.nvza.nl
www.onderzoekpatientveiligheid.nl
www.orde.nl
www.platformpatientveiligheid.nl
www.snellerbeter.nl
www.rivm.nl
www.vmszorg.nl
www.zonmw.nl

BIJLAGE IGZ

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID
INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG



12 juni 2007

Uit wetenschappelijk onderzoek, thematisch onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en signalen uit de meldingen die de inspectie ontvangt blijkt dat, ondanks de vele goede inspanningen in zorginstellingen, er patiënten zijn die door hun behandeling schade ondervinden of zelfs komen te overlijden. We zijn ons dat inmiddels in Nederland goed bewust. Met het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' geven de partijen uit de ziekenhuissector aan ondubbelzinnig aan de vergroting van de veiligheid te willen werken. De inspectie juicht dat zeer toe! De inspectie is bij de realisatie van het programma betrokken door na te gaan of de ziekenhuizen ook daadwerkelijk hun verbeteringen tot stand brengen. De inspectie zal daarbij zo veel mogelijk gebruik maken van haar verschillende toezichtinstrumenten, zoals de prestatie-indicatoren en inspecties ter plekke maar ook door gebruik te maken van bestaande registraties en door wetenschappelijk onderzoek. Met deze gezamenlijke inspanning van alle bij de ziekenhuiszorg betrokken partijen en de inspectie moet het inderdaad mogelijk zijn de onbedoelde en vermijdbare schade aan patiënten aanzienlijk terug te dringen.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg



NVZ vereniging van ziekenhuizen

NVZ vereniging van ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Orde van Medisch Specialisten (Orde)

LEVV Landelijk Expertisecentrum
Verpleging & Verzorging



Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

v&vn

Beroepsvereniging van zorgprofessionals

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)



NFU

NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)