

Voorkomen van fouten en incidenten cruciaal in de zorg

Opkomst en invoering van patiëntveiligheid

Een verpleegkundige is voortdurend bezig met het leveren van de beste zorg aan de patiënt. In de afgelopen jaren is patiëntveiligheid een steeds belangrijker thema geworden binnen de gezondheidszorg. In dit artikel leest u hoe dit is ontstaan, op welke manier de zorg wordt gemeten en wat een verpleegkundige kan doen om te blijven werken aan patiëntveiligheid.

Anja Brunsveld-Reinders, kwaliteitsadviseur,
directoraat kwaliteit en patiëntveiligheid, LUMC

E-mail: A.H.Brunsveld-Reinders@lumc.nl

Patiëntveiligheid is het voorkomen van onbedoelde schade aan de patiënt. Waar gewerkt wordt, worden fouten gemaakt, maar het streven is om het aantal fouten en incidenten te verminderen en zo laag mogelijk te houden. Gemaakte fouten hoeven niet per definitie direct te leiden tot schade aan de patiënt en omgekeerd is niet iedere schade die de patiënt oploopt het gevolg van een fout. Denk bijvoorbeeld aan de bijwerkingen van sommige medicijnen. Een verpleegkundige werkt vaak in een omgeving met complexe werkprocessen, waarin een fout grote gevolgen kan hebben voor de patiënt met mogelijk blijvend letsel of zelfs overlijden.

Patiëntveiligheid in opkomst

Door verschillende studies en rapporten is de aandacht voor patiëntveiligheid toegenomen. In 1991 verscheen in de Verenigde Staten een eerste grote studie, de Harvard Medical Practice Study. Naar schatting bleken bij 3,7% van de ziekenhuisopnames *adverse events* (zie kader) op te treden en in 1,0% van de gevallen was sprake van nalatigheid.¹ Hierna volgden in meerdere landen onderzoeken, zoals Australië, Denemarken en Engeland, waaruit bleek dat 9 tot 11% van de opgenomen patiënten te maken kreeg met een *adverse event*.²⁻⁴ Het rapport *To Err is Human* (Vergissen is menselijk) van het Institute of Medicine in 1999 meldde dat alleen al in de Verenigde Staten jaarlijks tussen de 44.000 en 98.000 patiënten stierven ten gevolge van vermijdbare medische fouten.⁵ In Nederland publiceerde Rein Willems in 2004 het Shell rapport 'Hier werk je veilig,

Veel voorkomende definities binnen patiëntveiligheid⁴

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.

Adverse event: een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking, verlenging of verzwaaring van de behandeling dan wel overlijden van de patiënt.

Incident (=event): een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.

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.

Near miss: een onbedoelde gebeurtenis die voor de patiënt geen nadelen oplevert omdat de gevolgen ervan op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd of waarvan de gevolgen niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt.

of je werkt hier niet'. Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport had hij onderzocht hoe de veiligheid binnen de zorg vergroot kon worden.⁶ Bij Shell was vanaf de jaren negentig veel ervaring opgedaan met het managen van veiligheid binnen de werkprocessen. Drie jaar later kwam het rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' uit.⁷ In deze eerste landelijke dossierstudie werd duidelijk dat ook in Nederland patiënten zorggerelateerde schade opliepen, waarvan een deel mogelijk vermijdbaar was geweest. Van de 1,3 miljoen mensen die opgenomen waren in het ziekenhuis kreeg 5,7% te maken met onbedoelde schade en 2,3% met vermijdbare schade.

Aanbevelingen

In zijn rapport deed Willems ook een aantal aanbevelingen om te komen tot structurele verbetering van de veiligheid in de gezondheidszorg met als doel vermindering van het aantal incidenten.⁶ Een van zijn aanbevelingen was de implementatie van een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in alle Nederlandse ziekenhuizen. Het VMS diende te bestaan uit een risico-inventarisatie, een incidentenanalyse en een managementsysteem om de verbeteracties te plannen en te monitoren. Op basis van dit rapport zijn drie projecten opgestart: het VMS zorgproject (2005-2007), het VMS Veiligheidsprogramma (2008-2012) en de Veiligheidsagenda (2013-2017).

1. Voorkomen van wondinfecties na een operatie
2. Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis
3. Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt
4. Medicatieverificatie bij opname en ontslag
5. Kwetsbare ouderen
6. Nierinsufficiëntie
7. Verwisseling van en bij patiënten
8. High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia
9. Vroege herkenning en behandeling van pijn
10. Optimale zorg bij acute coronaire syndromen

Tabel 1. Tien thema's VMS.⁸

VMS zorgproject

Binnen dit project is onderzocht wat een VMS is. De basiseisen zijn vastgelegd in een veldnorm, de NTA 8009:2007, waarin staat beschreven welke zaken in het ziekenhuis geregeld moeten zijn voor het borgen van de patiëntveiligheid. Onderwerpen zijn: verantwoordelijkheid Raad van Bestuur, leiderschap, communicatie, medewerkers, management van derden, patiëntenparticipatie, prospectieve risico-inventarisatie, operationele beheersmaatregelen, beheren en beheersen van veranderingen, melden van incidenten en retrospectieve inventarisatie, monitoring van uitkomsten en rapportage, verbetering van de veiligheid, de zorgverlening en de cultuur.⁸

VMS veiligheidsprogramma

In 2008 ging het VMS veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' van start met het doel een VMS op te zetten in de ziekenhuizen en binnen vijf jaar de potentieel vermijdbare schade met 50% te reduceren. Eind 2012 had ieder Nederlands ziekenhuis een geaccrediteerd en een gecertificeerd VMS dat beruiste op vier pijlers: beleid, cultuur, risico-inventarisatie en continue verbetering. Binnen dit programma zijn tien thema's geformuleerd voor verbetering van de kwaliteit in de zorg (tabel 1).⁸ In

2012 verscheen het rapport 'Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen' met de resultaten van het veiligheidsprogramma. De potentieel vermijdbare schade in de ziekenhuizen was gedaald van 2,3% in 2004 tot 1,6% in 2011/2012, ondanks dat de patiëntenmix complexer was geworden door de toegenomen leeftijd van patiënten en de meerdere aandoeningen. Daarnaast worden meer eenvoudige ingrepen in dagbehandeling uitgevoerd, liggen patiënten korter in het ziekenhuis en zijn de technologische mogelijkheden toegenomen.⁹

Veiligheidsagenda

Na de implementatie van het veiligheidsprogramma is in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (MVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) het programma omgezet in een veiligheidsagenda. Hierin wordt niet langer gewerkt met thema's, maar met drie speerpunten:

- **Medicatieveiligheid**
Per 1 januari 2017 is gestart met het versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP). Een van de onderdelen is medicatieveiligheid, waarbij de patiënt zelf regie en inzicht heeft in zijn medische gegevens. Doelstellingen zijn: het risico van niet beschikbare, onvolledige of gedateerde medicatie-informatie voorkomen; een instelling moet de voorgeschreven medicatie digitaal aanbieden; de instelling geeft bij ontslag van de patiënt een gestandaardiseerd actueel medicatieoverzicht mee dat voldoet aan de geldende medicatierichtlijn; vastleggen van de medicatieafpraak is geïmplementeerd in het EPD.
- **Veilige toepassing van medische technologie**
Patiënten die behandeld worden in een ziekenhuis zijn in toenemende mate afhankelijk van medische technologie. In het convenant medische technologie staat de gehele levenscyclus van medische hulpmiddelen binnen het ziekenhuis – van invoering en gebruik tot en met afstoting – beschreven.

- **Infectiepreventie en antibioticabeleid**
Preventie is noodzakelijk om besmetting en daarmee verspreiding van infecties te voorkomen. Daarnaast is infectiepreventie een onderdeel van het beleid tegen antibioticaresistentie. Goede infectiepreventie zorgt ervoor dat verdere verspreiding van resistente bacteriën wordt voorkomen.

Het thema kwetsbare ouderen blijft de komende jaren een aandachtspunt vanwege de demografische ontwikkeling.⁸

Stand van zaken in 2017

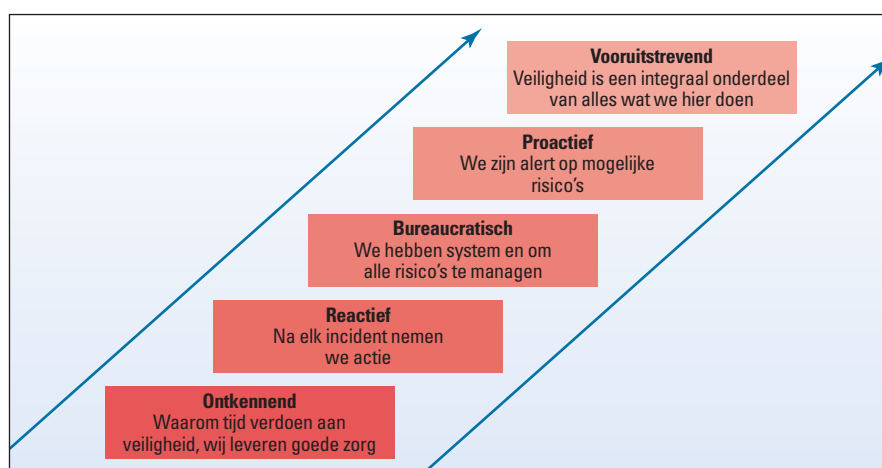
Na eerdere metingen in 2004, 2008 en 2011/2012 is in 2015/2016 gekeken of de potentieel vermijdbare schade in Nederlandse ziekenhuizen verder is gedaald ten opzichte van de vorige meting. Uit het dossieronderzoek blijkt dat deze gelijk is gebleven. Ook al verbeteren ziekenhuizen voortdurend de patiëntveiligheid, toch moet worden bekeken hoe verder gewerkt kan worden aan patiëntveiligheid. Het rapport noemt de volgende mogelijkheden: verschuiving van checklists, protocollen en registraties naar een meer pro-actiever patiëntveiligheids-cultuur, intensievere communicatie en samenwerking tussen professionals en aandacht voor *resilience*, het aanpassingsvermogen van professionals en de veerkracht van organisatieprocessen.¹⁰

Indicatoren in de zorg

Om de zorgverlening in kaart te brengen en om doorgevoerde verbeteringen continue te monitoren, wordt gebruik gemaakt van kwaliteitsindicatoren. Een kwaliteitsindicator is een meetbaar element van het handelen in de praktijk en geeft aan hoe het staat met de kwaliteit van de zorg. Er zijn verschillende typen kwaliteitsindicatoren: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren richten zich op organisatorische aspecten van de zorg, procesindicatoren geven aan hoe processen in de zorginstelling zijn geregeld en uitkomstindicatoren geven weer welke invloed een behandeling heeft gehad op de patiënt. Proces- en uitkomstindicatoren worden gebruikt om op patiënteniveau

Cultuurniveau	Beschrijving
Ontkennend	Organisaties waar een houding heerst van: 'Waarom onze tijd verdoen aan veiligheid'. 'Er gebeuren nu eenmaal wel eens incidenten, dit is mensenwerk, zorg ervoor dat je uit de handen van advocaten blijft, ontsla de gek die het heeft laten gebeuren'. Er wordt weinig tot niet geïnvesteerd in verbetering van de patiëntveiligheid.
Reactief	Organisaties die alleen aan veiligheid denken nadat er een incident heeft plaatsgevonden: 'Dit mag nooit meer gebeuren'. Er wordt (weer) een oplossing bedacht om een incident te voorkomen.
Bureau-cratisch	Organisaties waar vooral papieren verslaglegging plaatsvindt. Veiligheid bestaat uit het 'turven van incidenten' om tijdens onder andere visitaties te laten zien dat men gefocust is op patiëntveiligheid. Er zijn meldingssyste-men, analyses en veel statistieken. Men probeert te lokaliseren of er nog meer oorzaken voor incidenten zijn dan alleen menselijke fouten.
Proactief	Organisaties die verbetering van de patiëntveiligheid hoog op de agenda hebben staan. De statistieken worden gebruikt om trends te vinden, verbeterplannen te implementeren en die te evalueren. Organisatorische, techni-sche en menselijke fouten worden erkend. Er wordt actief en continue geïnvesteerd in verbeteringen. Mensen die veiligheidsgerelateerde kwesties aan de orde brengen, worden beloond.
Vooruit-strevend	De meest optimale vorm van veiligheidsorganisatie, waarin veiligheid een integraal onderdeel is van alles wat men doet. Op een vooruitstrevende afdeling is iedereen betrokken bij het onderwerp patiëntveiligheid, er is sprake van continue risico-inventarisatie, implementatie en evaluatie van de verbeterplannen.

Tabel 2. Beschrijving van de cultuurniveaus op de cultuurladder.¹²



Figuur 1. De cultuurladder met de vijf cultuurniveaus.¹²

3,46 (1= ontkennend, 2= reactief, 3= bureaucratisch, 4= proactief/vooruitstrevend), wat aangeeft dat de ziekenhuizen zich in een bureaucratische cultuurfase bevinden. Het medisch personeel scoort een gemiddelde van 3,56 en is over het algemeen positiever over patiëntveiligheidscultuur dan het verplegend (3,46) en overig personeel (3,45). Het medisch personeel bevindt zich op de grens van een proactieve cultuur, terwijl de verpleging en overig personeel zich in de bureaucratische fase bevinden.

Rol van de verpleegkundige

Door hun veelvuldige contact met de patiënten spelen verpleegkundigen een belangrijke rol bij het bieden van veilige zorg. Patiëntveiligheid is meer dan het bijhouden van lijstjes en registreren van indicatoren. Voor de verbetering van patiëntenzorg zijn veranderingen nodig die leiderschap vragen. Een verpleegkundige kan dit leiderschap tonen door aan te geven wanneer de zorg voor de patiënt niet meer veilig is en verbetering behoeft; bijvoorbeeld wanneer bloed afnemen en medicatie geven op hetzelfde tijdstip plaatsvinden. Verbetering van de dagelijkse zorg is uiteindelijk een gezamenlijke taak van collega's, patiënten en hun familie.

te meten. De scores op de proces-indicatoren zijn de meest concrete en geven directe informatie over de daadwerkelijk verleende zorg en het concrete handelen van professionals.¹¹

Patiëntveiligheidscultuur

Veiligheidscultuur wordt omschreven als de mate waarin individuen en groepen zich persoonlijk verantwoordelijk voelen voor veiligheid en zodanig handelen dat ze onveilige situaties voorkomen, herstellen en communiceren om zo actief te leren van fouten.¹² Om te achterhalen of de patiëntveiligheidscultuur veranderd is na de

invoering van het VMS veiligheidsprogramma is aan het eind van de implementatie aan de deelnemende ziekenhuizen gevraagd mee te doen aan een meting. Hierbij is gebruik gemaakt van de COMPaZ -vragenlijst (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen), die elf cultuurdimensies meet.¹³ Daarnaast is gekeken waar ziekenhuizen zich bevinden op de cultuurladder, die uit vijf cultuurniveaus bestaat (tabel 2 en figuur 1). Uit dit onderzoek blijkt dat de patiëntveiligheidscultuur op alle gebieden van de cultuur is verbeterd. De gemiddelde score op de cultuurladder is

Literatuur

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-6.
2. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskr Laeger.* 2001;163(39):5370-8.
3. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ.* 2001;322(7285):517-9.
4. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1995;163(9):458-71.
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: Institute of Medicine. National Academy Press; 2000.
6. Willems R. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller beter - De veiligheid in de zorg. Eindrapport Shell Nederland. Den Haag; 2004.
7. De Bruijne MC, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004 Amsterdam: Instituut voor Extramurale Geneeskundig Onderzoek; 2007.
8. VMSzorg, werken aan patiëntveiligheid [Available from: <https://www.vmszorg.nl/>]
9. Langelaan M, Bruijne MCd, Baines RJ, Broekens MA, Hammink K, Schilp J, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam: Utrecht, EMGO+ Instituut/VUmc. NIVEL; 2013.
10. Langelaan M, Broekens MA, Bruijne MCd, Groot JFd, Moesker MJ, Porte PJ, et al. Monitor zorggerelateerde schade 2015/2016: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. NIVEL; 2017.
11. Wollersheim D, Bakker PJM, Bijnen AB, Gouma DJ, Wagner C, Weijden van der T. *Kwaliteit en veiligheid in de patientenzorg*: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
12. Noord Iv, Zwijnenberg N, Wagner C. *Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen: een stap in de goede richting?* Utrecht, Amsterdam: NIVEL, EMGO+ instituut; 2013.
13. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal Gvd, Groenewegen P. De validiteit van COMPaZ: een vergelijking tussen een Nederlandse en Amerikaanse vragenlijst naar patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 2007;85(2):105-14.
14. Wagner C, van der Wal G. Begrippenkader patiëntveiligheid: incidenten, complicaties en adverse events. *Medisch contact* 2005;60(74):1888-91.

-advertentie-

Jouw beroepsorganisatie & NU'91

Voor alle leden van NVHVV behartigt NU'91 de collectieve arbeidsvoorwaardelijke belangen. Deze belangenbehartiging vindt voor het grootste deel plaats aan de CAO-tafel, maar ook aan andere sociale tafels bijvoorbeeld over pensioenen, de arbeidsmarkt, opleidingen en de inhoud van ons beroep.

NU'91 kan ook voor jou als individu veel betekenen wanneer je kiest voor een combinatielidmaatschap NVHVV & NU'91 voor € 6,80 per maand

Schrijf je direct in!

€ 6,80
per maand

- + Individuele dienstverlening
- + Beroepsgebonden rechtsbijstand
- + Deskundige hulp als het gaat over werken in de zorg
- + Magazine *Zorg* anno NU & Nursing
- + Solidariteit
- + Inspraak

www.nu91.nl/leden

nu'91 werkt voor
DE ZORG