

Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012

Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen

M. Langelaan
M.C. de Bruijne
R.J. Baines
M.A. Broekens
K. Hammink
J. Schilp
L. Verweij
H. Asscherman
C. Wagner

EMGO+ Instituut/VUmc^{1,3} en NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg^{2,3}.

¹ van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, tel: 020-444 8206, www.emgo.nl

² Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel 030-272 9700, www.nivel.nl

³ www.onderzoekpatiëntveiligheid.nl

Het onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



12 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Het doel van de Monitor Zorggerelateerde Schade is het in de tijd volgen van ontwikkelingen in patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen. De focus ligt hierbij op de aard, ernst, omvang en consequenties van zorggerelateerde schade, potentieel vermijdbare schade en potentieel vermijdbare sterfte voor patiënten in ziekenhuizen. Van zorggerelateerde schade is sprake bij onbedoelde uitkomsten voor de patiënt die veroorzaakt zijn door de zorg en niet door de onderliggende ziekte of aandoening. Van potentieel vermijdbare schade is sprake als de onbedoelde uitkomsten zijn ontstaan doordat de professionele standaard niet is gevolgd of door tekortkomingen in de organisatie van de zorg.

Tot nu toe hebben in Nederland drie metingen plaats gevonden. De eerste meting onderzocht de stand van zaken in 2004, de tweede meting de stand van zaken in 2008 en de derde meting de stand van zaken in 2011/2012. Naar aanleiding van de resultaten uit de eerste meting is de Monitor Zorggerelateerde Schade opgezet en is het landelijke veiligheidsprogramma “Voorkom Schade, Werk Veilig” (VMS) begin 2008 van start gegaan met als doel de potentieel vermijdbare schade in vijf jaar met 50% te reduceren. De evaluatie van de afzonderlijke tien thema’s die centraal stonden in het veiligheidsprogramma staan uitgebreid beschreven in een apart rapport (De Blok e.a., 2013). Naast het veiligheidsprogramma hebben ziekenhuizen, medisch specialisten, verpleegkundigen en andere zorgverleners individueel of in groepsverband vaak nog aanvullende verbeterinitiatieven opgezet. Alles bij elkaar zijn in de afgelopen vijf tot tien jaar een toenemend aantal verbeterinitiatieven in de ziekenhuizen geïmplementeerd.

Doel- en vraagstellingen

In onderhavig rapport wordt inzicht gegeven in de stand van zaken met betrekking tot patiëntveiligheid in ziekenhuizen in 2011/2012, en de ontwikkeling ervan ten opzichte van 2004 en 2008. De onderzoeksvragen die worden beantwoord zijn:

Hoe vaak kwam zorggerelateerde schade en potentieel vermijdbare schade en sterfte in 2011/2012 voor in Nederlandse ziekenhuizen?

Hoe heeft zich de aard, ernst en omvang van potentieel vermijdbare schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen ontwikkeld over de tijd?

Wat was de omvang van potentieel vermijdbare schade gerelateerd aan het toepassen van medische technologie in 2011/2012?

Onderzoekspopulatie

Aan het onderzoek hebben twintig willekeurig geselecteerde ziekenhuizen deelgenomen. De ziekenhuizen zijn een reële afspiegeling van Nederlandse ziekenhuizen wat betreft type ziekenhuis (academisch, topklinisch, algemeen) en regionale spreiding. In elk ziekenhuis is een willekeurige steekproef getrokken van 100 ontslagen patiënten en 100 in het ziekenhuis overleden patiënten. Van de geselecteerde patiënten is het verpleegkundige en medisch opnamedossier beoordeeld door ervaren en speciaal voor het

onderzoek opgeleide verpleegkundigen en medisch specialisten. In totaal zijn ruim 4.000 opnames beoordeeld.

Drie begrippen zijn bij dit onderzoek van belang:

- zorggerelateerde schade,
- potentieel vermijdbare schade,
- potentieel vermijdbare sterfte.

De eerste twee begrippen hebben betrekking op ziekenhuisopnames waarbij patiënten naar huis werden ontslagen of in het ziekenhuis waren overleden. Het derde begrip heeft alleen betrekking op de patiënten die tijdens de opname in het ziekenhuis zijn overleden. In 2012 overleed ongeveer 2,2% van alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Om ook over deze groep betrouwbare uitspraken te kunnen doen, zijn extra dossiers beoordeeld van deze subgroep. Ditzelfde geldt voor academische ziekenhuizen ten opzichte van topklinische en algemene ziekenhuizen. Voor de oververtegenwoordiging van beide groepen is in de analyses waar nodig gecorrigeerd door middel van een weging.

12.1 Samenvatting van de belangrijkste algemene bevindingen

Van alle in 2011/2012 opgenomen patiënten kreeg 7,1% (95% BI: 6,1% - 8,3%) te maken met zorggerelateerde schade. Dat wil zeggen een onbedoelde uitkomst die te maken had met de behandeling in het ziekenhuis. Het percentage in 2011/2012 is significant meer dan in 2004 (was 5,7%; 95% BI: 5,1% - 6,4%), maar vergelijkbaar met 2008 (was 8%; 95% BI: 6,9% - 9,2%).

Van alle in 2011/2012 opgenomen patiënten heeft 1,6% (95% BI: 1,1% - 2,2%) te maken gekregen met potentieel vermijdbare schade. Dit is 30% minder dan in 2004 (was 2,3%; 95% BI: 1,9% - 2,7%) en 45% minder dan in 2008 (was 2,9%; 95% BI: 2,3% - 3,7%).

Van alle in 2011/2012 in het ziekenhuis overleden patiënten was bij ongeveer 2,6% (95% BI: 2,0% - 3,4%) het overlijden (zeer) waarschijnlijk gerelateerd aan potentieel vermijdbare schade tijdens de opname. De potentieel vermijdbare sterfte daalde met 37% ten opzichte van de meting in 2004 (was 4,1%; 95% BI: 3,5% - 4,8%) en met 53% ten opzichte van de meting in 2008 (was 5,5%; 95% BI: 4,5% - 6,6%). In absolute aantallen uitgedrukt en geëxtrapoleerd naar alle Nederlandse ziekenhuizen waren dit ongeveer 970 patiënten tussen 1 april 2011 en 31 maart 2012 (95% BI: 738 - 1.274). In 2004 ging het om circa 1.735 patiënten (95% BI: 1.482 - 2.032) en in 2008 om circa 1.960 patiënten (95% BI: 1.600 - 2.360).

Zoals in het rapport beschreven, is er in de afgelopen vijf tot tien jaren veel binnen en rondom ziekenhuizen veranderd. Als we naar de patiëntenpopulatie kijken, zijn patiënten gemiddeld ouder, is er vaker sprake van meerdere aandoeningen, is de ligduur verkort en het aantal poliklinische behandelingen toegenomen. Al deze ontwikkelingen hebben waarschijnlijk invloed gehad op de mix van patiënten die in het ziekenhuizen worden opgenomen. Deze verandering in patiëntenmix heeft waarschijnlijk de kans op zorggerelateerde schade doen toenemen.

De toegenomen aandacht voor patiëntveiligheid, waaronder specifiek de tien thema's van het veiligheidsprogramma, de implementatie van operatieve checklijsten en de extra aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor het operatieve proces, is in

positieve zin terug te zien in de aard van de gevonden zorggerelateerde schade en de daling van potentieel vermijdbare schade en sterfte. Zo is het voorkomen van infecties, postoperatieve wondinfecties en sepsis afgenomen. Ook is de potentieel vermijdbare schade bij patiënten boven de 80 jaar relatief meer afgenomen dan bij jongere patiënten. Dit hangt mogelijk samen met het thema ‘kwetsbare ouderen’ en het thema ‘vitaal bedreigde patiënten’ van het landelijke veiligheidsprogramma. Een andere factor die mogelijk van invloed is geweest op de daling van potentieel vermijdbare schade en sterfte is de positieve ontwikkeling van de patiëntveiligheidscultuur. Uit een meting van de patiëntveiligheidscultuur eind 2012 is gebleken dat deze de afgelopen vijf jaar opener is geworden en op de meeste cultuurdimensies is verbeterd (van Noord e.a., 2013).

Als de bevindingen in dit rapport worden gerelateerd aan de bevindingen uit de evaluatie van de tien thema’s van het veiligheidsprogramma (De Blok e.a., 2013) kan worden aangenomen dat ziekenhuizen de patiëntveiligheid nog verder kunnen verbeteren als zij op de ingeslagen weg doorgaan. De implementatie van de tien thema’s was nog niet optimaal in alle ziekenhuizen, waaronder de veiligheidsthema’s medicatieverificatie, toedienen van high-risk medicatie, time-out procedure bij het operatieve proces, zorg bij cardiovasculaire aandoeningen in brede zin en infectiepreventie (hygiëne). Daarnaast zijn er thema’s die nog geen gerichte, programmatische aandacht hebben gehad en waar derhalve ook nog kansen voor verbetering liggen. Op basis van de resultaten kan hierbij gedacht worden aan het gebruik van antistollingsmiddelen en de ketenzorg rondom antistolling (toepassing nieuwe middelen, communicatie tussen zorgverleners en in de keten), en longaandoeningen (o.a. longembolie).

Zowel binnen Nederland als internationaal wordt door experts op het gebied van kwaliteit en veiligheid benadrukt dat het werken aan verbetering een continue proces is. Kwaliteit en veiligheid is nooit “af”. Met de ontwikkelingen in de zorg of door veranderingen in de patiëntenmix kunnen nieuwe risico’s ontstaan die erom vragen systematisch bewaakt en beheerst te worden. Ook kan voor problemen waar in eerste instantie nog geen oplossing voor is, na verloop van tijd wel een oplossing voor worden gevonden. Het bewaken en verbeteren van de patiëntveiligheid is niet alleen een kwestie van regels, procedures en checklijsten. Net zo belangrijk zijn goed opgeleide professionals met een zekere vrijheid om de zorg zo optimaal mogelijk voor de individuele patiënt te kunnen verlenen, goed uitgedachte zorgprocessen met inzicht in de zorgresultaten, een heldere onderlinge communicatie respectievelijke overdracht, en samenwerking tussen professionals in een team.

Specifieke bevindingen gerelateerd aan het toepassen van medische technologie

De resultaten laten zien dat bij 2,9% van de patiënten die zijn opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen zorggerelateerde schade is ontstaan, waarbij het gebruik van medische technologie een rol heeft gespeeld. Bij 0,7% van alle opnames in Nederland was er sprake van potentieel vermijdbare schade gerelateerd aan het toepassen van medische technologie. Dit percentage lag in 2008 op 0,8% en is daarmee niet veranderd. Veel van de potentieel vermijdbare schade kwam voor bij het gebruik van perifere infusen, katheters, drains, implantaten en scopen (o.a. perforaties). Bij 73% van de potentieel

vermijdbare schade die gerelateerd was aan medische technologie, speelden menselijke factoren een rol. Voor het grootste deel van deze oorzaken is aangegeven dat er sprake was van het onvoldoende of foutief toepassen van bestaande kennis in een nieuwe situatie, zoals het gebruik van nieuwe apparatuur of wijzigingen in bestaande apparatuur. Ook een tekort aan vaardigheden speelde een rol. Technische factoren lijken minder vaak een rol te spelen. Hierbij kan wel de kanttekening worden gemaakt dat het falen van technische apparatuur of bijvoorbeeld fouten of onvolkomenheden in het ontwerp van de apparatuur zelden zullen worden vermeld in een patiëntendossier.

Om de veiligheid te vergroten is het “Convenant Medische Technologie” (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen e.a., 2011) opgesteld. Dit Convenant beschrijft de organisatie rondom de aanschaf en het gebruik van medische technologie in 45 procedures. Door al bij de aanschaf of aanpassing van medische technologie aandacht te hebben voor patiëntveiligheid, zal de (potentieel vermijdbare) schade kunnen verminderen. Door aanschaf van goed ontworpen technologie kan de kans op menselijke fouten verkleind worden.

Maar ook bij goed ontworpen technologie kunnen menselijke fouten ontstaan. Voor ingebruikname van nieuwe technologie is het belangrijk om de gebruikers te trainen en gebruikers indien nodig bij te scholen (Siemerink e.a., 2013). Er komen steeds meer mogelijkheden voor simulatietraining, dat wil zeggen het trainen van technische vaardigheden op realistisch vormgegeven modellen en poppen. Pas bij voldoende en vooral aangetoonde vaardigheid zou de zorgprofessional de procedure dan op de patiënt toepassen (Broersen e.a., 2008). Sinds 2013 houdt de IGZ toezicht op de implementatie van het Convenant.

Kosten gerelateerd aan Zorggerelateerde schade

Gemiddeld liggen patiënten met (potentieel vermijdbare) schade 8 dagen langer in het ziekenhuis, wat per opname ruim 4.000 euro aan extra zorgkosten met zich meebrengt. De extra opnameduur was het langst en de gemiddelde kosten daarmee het hoogst in academische ziekenhuizen. Voor overleden patiënten waren de gemiddelde kosten van de extra opnameduur ongeveer 6.400 euro als gevolg van zorggerelateerde schade en ongeveer 7.800 euro bij potentieel vermijdbare schade. In 2011/2012 lagen de totale kosten van de extra opnameduur door potentieel vermijdbare schade op circa 0,5% (111 miljoen euro) van de totale ziekenhuiszorg uitgaven. Een deel van deze kosten zal terug verdiend kunnen worden bij het implementeren van verbeterinitiatieven. Aan de andere kant zullen verbeterinitiatieven veelal blijvend extra kosten met zich meebrengen, zoals bijvoorbeeld bij het jaarlijks toetsen van de bekwaamheid van medewerkers tijdens simulatietrainingen.

Kwaliteit van de dossiervoering

Voor zowel de kwaliteit van zorg voor de patiënt als voor het goed kunnen uitvoeren van dossieronderzoek is het van belang dat de dossiers zo volledig en adequaat mogelijk zijn. Van de onderzochte verpleegkundige en medische dossiers werd 87% als voldoende of goed beoordeeld. Dossiers die waren samengesteld uit zowel een papieren/ingescande dossiers als een digitaal dossier waren vaker van onvoldoende kwaliteit. Digitale dossiers bevatten vaker beperkte informatie. Zorgverleners schrijven vaker heel kort hun bevindingen in de dagelijkse rapportage van een elektronisch dossier, waar ze met een

papieren dossier uitgebreidere informatie opschreven. Dit kan diverse oorzaken hebben. De informatie kan vaak pas achteraf worden ingevoerd in het systeem en niet aan het bed van de patiënt. Als er vervolgens onvoldoende computers beschikbaar zijn, dan is het noodzakelijk om de tijd achter de computer te beperken zodat ook andere zorgverleners er gebruik van kunnen maken. Een andere oorzaak kan mogelijk het gebrek aan computer- en typevaardigheid zijn. Voor veel zorgverleners gaat het schrijven met de hand makkelijker en sneller dan met een computer. Een voordeel van digitale dossiers is daarentegen dat correspondentie automatisch gegenereerd kan worden, en bijvoorbeeld de ontslagbrief veel sneller verstuurd kan worden. Het feit dat een aantal keer door beoordelaars is geconstateerd dat de beschrijving in de geautomatiseerd gegenereerde ontslagbrief niet helemaal overeen kwam met de situatie bij ontslag, geeft een indicatie voor een mogelijk nieuw risico.

12.2 Sterke punten van het onderzoek

De Monitor Zorggerelateerde Schade is internationaal het eerste onderzoek dat de ontwikkeling van (potentieel vermijdbare) schade op meer dan twee momenten in de tijd volgt. Internationaal zijn er een groot aantal onderzoeken gepubliceerd met betrekking tot de incidentie van zorggerelateerde schade (Baker e.a., 2004; Brennan e.a., 1991; Davis e.a., 2002; Schioler e.a., 2001; Thomas e.a., 2000; Vincent e.a., 2001; Wilson e.a., 1995; Soop e.a., 2009; Zegers e.a., 2009). Hier komen nog steeds meer landen bij. In Frankrijk en Singapore zijn inmiddels twee metingen uitgevoerd, maar de data worden niet openbaar gepubliceerd (mondelinge mededeling onderzoekers). In het Verenigd Koninkrijk zijn vergevorderde plannen om een tweede meting uit te voeren bij in het ziekenhuis overleden patiënten.

De “Monitor Zorggerelateerde Schade” laat het gezamenlijke effect zien van alle patiëntveiligheidsprojecten in Nederland op het aantal gebeurtenissen met zorggerelateerde schade. Internationale grootschalige programma's worden vaak niet geëvalueerd door een onafhankelijk onderzoek op uitkomstniveau. Het onderzoek is vaak gericht op een deelaspect van patiëntveiligheid, zoals medicatie gerelateerde schade (Aranaz-Andres e.a., 2012).

De lijst van samenvattingen van de zorggerelateerde schade laat zien dat de gebeurtenissen van zorggerelateerde schade herkenbaar zijn voor alle ziekenhuizen en mogelijkheden bieden voor verbetering. De gebeurtenissen zijn gerangschikt naar meest verantwoordelijk specialisme, zodat het betreffende specialisme kan beoordelen waar ruimte zit voor verbetering. Ook andere specialismen kunnen vaak leren van de gebeurtenissen waarvoor zij niet het meest verantwoordelijk waren.

Bij het opzetten en uitvoeren van het onderzoek hebben we veel voordeel gehad van de al eerder uitgevoerde nationale en internationale dossieronderzoeken.

Iedere opname is zeer grondig bestudeerd en in detail beoordeeld, waarbij ook de zorg in het jaar voor én na de ziekenhuisopname werden mee beoordeeld. Er is door de beoordelaars, begeleidende onderzoekers en de archiefmedewerkers van de deelnemende ziekenhuizen veel moeite gedaan om de patiëntendossiers compleet te krijgen. Hierdoor kon gebruik worden gemaakt van de maximale hoeveelheid schriftelijke informatie die aanwezig was over een patiënt.

Het onderzoek is representatief voor de drie typen ziekenhuizen en de deelnemende ziekenhuizen zelf. De beoordelaars hadden uitgebreide klinische ervaring en veel ervaring met de beoordelingssystematiek. Alle beoordelaars hebben een goede reputatie.

12.3 Beperkingen van het onderzoek

Een van de meest belangrijke beperkingen van het onderzoek is hindsight-bias. Dat wil zeggen dat het feit dat de beoordelaar de uitkomst van een behandeling weet, zijn oordeel over die behandeling kan beïnvloeden. Zo kan door het weten van de (negatieve) uitkomst (bijvoorbeeld de patiënt is overleden) de kans op vermijdbaarheid te groot worden ingeschat (uitkomstbias) (Henriksen e.a., 2003). Deze beperking speelt bij elk retrospectief dossieronderzoek een rol.

Daarnaast is de beoordeling afhankelijk van de adequaatheid en volledigheid van dossiers, en kan er bij slechte dossiers sprake zijn van informatie-bias. Ondanks alle moeite die gedaan is om alle beschikbare informatie met betrekking tot een opname te verzamelen, waren niet alle dossiers compleet. In het onderzoek is de volledigheid en adequaatheid van de dossiers onderzocht en het bleek dat het percentage complete dossiers niet was veranderd ten opzichte van 2004. De informatie in de dossiers werd wel vaker adequaat beoordeeld door de artsen in vergelijking met 2004.

Er is in het onderhavige onderzoek veel gedaan om de beoordelingsprocedure te optimaliseren en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zo groot mogelijk te maken. Naast een training voor de beoordelaars zijn er diverse terugkomdagen georganiseerd en werd regelmatig een lijst rondgestuurd met veel gestelde vragen en antwoorden. Dit heeft wel geleid tot een hogere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in vergelijking met 2004. De betrouwbaarheid is echter nog niet optimaal, maar zal om hieronder beschreven redenen nooit honderd procent zijn. De beperking in de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt veroorzaakt door het veelal ontbreken van een gouden standaard voor de behandeling van een individuele patiënt. Er zijn inmiddels veel richtlijnen gepubliceerd voor de behandeling van diverse aandoeningen, maar bij de toepassing van een richtlijn ontstaan soms dilemma's door onduidelijke of conflicterende organisatorische vormgeving. Voorbeelden zijn onduidelijke overdrachten of verantwoordelijkheden, en elkaar tegensprekende protocollen in dezelfde organisatie over hetzelfde klinische probleem. Van een richtlijn mag met goede argumenten en in het belang van individuele patiënten worden afgeweken. Een afwijking van een richtlijn wordt idealiter gedocumenteerd in het patiëntendossier, maar deze informatie blijkt regelmatig te ontbreken. Hierdoor kunnen beoordelaars genomen beslissingen van behandelaars niet altijd toetsen aan de geldende zorgstandaard.

12.4 Conclusies

In de afgelopen vijf jaar is de patiëntenmix in ziekenhuizen complexer geworden door het toenemen van de leeftijd van patiënten, het hebben van meerdere aandoeningen, meer dagbehandeling voor eenvoudige ingrepen, een kortere ligduur in het ziekenhuis en meer technologische mogelijkheden. Desondanks is de kans op zorggerelateerde schade tijdens een opname in het ziekenhuis de afgelopen jaren gelijk gebleven (de kans op complicaties bij een ziekenhuisopname blijft bestaan), en is de potentieel vermijdbare schade door onvoldoende handelen volgens de professionele standaard of door tekortkomingen in het

zorgsysteem aanzienlijk gedaald. Dit betekent dat de patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen aantoonbaar is verbeterd. Toch kunnen ook de komende jaren nog meer verbeteringen worden bereikt als onderstaande aanbevelingen worden opgevolgd. Werken aan patiëntveiligheid is een continu proces van meten en verbeteren.

12.5 Aanbevelingen

De beoordelaars hebben bij de gebeurtenissen met potentieel vermijdbare schade aangegeven hoe deze schade in hun ogen mogelijk voorkomen had kunnen worden. Deze preventiemogelijkheden tezamen met de overige bevindingen in dit rapport zijn de basis voor de aanbevelingen voor gerichte verbeterinitiatieven en mogelijkheden voor vervolgonderzoek op het gebied van patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen. Daarnaast zijn ook aanbevelingen opgenomen die gebaseerd zijn op gesprekken die de onderzoeksgroep heeft gevoerd met de beoordelaars. Globaal gaat het om vijf aanbevelingen, te weten:

Aanbeveling 1: Geef vervolg aan het landelijke veiligheidsprogramma

Een eerste aanbeveling is om de huidige verbeterprojecten voort te zetten. Nog niet alle ziekenhuizen hebben alle thema's goed geïmplementeerd. Vervolgens zullen de behaalde resultaten behouden moeten blijven. Verdere monitoring van de resultaten van het programma zal helpen om aandacht te blijven houden. Deze monitoring kan door ziekenhuizen zelf worden uitgevoerd, maar ook door diverse toezichthouders of onafhankelijk door onderzoekers. De thema's die hiervoor het meest in aanmerking komen zijn: medicatieveiligheid, veiligheid van het chirurgisch proces, cardiovasculaire aandoeningen en infectiepreventie. Nieuwe thema's die een nadere verkenning vragen, zouden zich inhoudelijk kunnen richten op antistolling, respiratoire aandoeningen en endocriene aandoeningen.

Aanbeveling 2: Organiseer structurele (teamgerichte) inhoudelijke toetsing Ondanks alle goede bedoelingen en inzet van dag tot dag van zorgverleners komt potentieel vermijdbare schade en sterfte voor. De zorg in een ziekenhuis is complex georganiseerd en wordt door veel verschillende zorgverleners geleverd. Ook patiënten verschillen van elkaar in hun behoeften, kwetsbaarheid en complexiteit aan zorgvragen. Regelmatige reflectie op het professioneel handelen en de onderlinge samenwerking, het nut van 'oude' procedures, en reflectie naar aanleiding van incidenten, klachten en calamiteiten kan helpen de dagelijkse zorg te verbeteren. Bij intercollegiale toetsing kunnen collega's met inhoudelijke kennis elkaar de spiegel voor houden.

Aanbeveling 3: Ontwikkel een programmatische aanpak voor de implementatie van het Convenant Medische Technologie

De implementatie van de afspraken uit het Convenant Medische Technologie is op verschillende plekken reeds begonnen, maar het is te verwachten dat een landelijke programmatische aanpak zoals eerder bij het veiligheidsprogramma ziekenhuizen kan helpen om grotere stappen te zetten. Op basis van de resultaten van dit rapport is extra aandacht wenselijk voor het periodiek vaststellen van de bekwaamheid van medewerkers in het toepassen van medische technologie. Voorbeelden zijn het instellen van infuuspompen, het inbrengen van katheters, het aanleggen van drains, en het hanteren van

scopen. Perforaties tijdens chirurgische ingrepen kwamen geregeld voor en zouden waarschijnlijk voorkomen kunnen worden. Via e-learning modules en simulatietrainingen voor het oefenen van technische vaardigheden kan de deskundigheid van medewerkers in een gebied dat snelle vernieuwingen kent op pijl worden gehouden of verbeterd.

Aanbeveling 4: Implementeer intern dossieronderzoek

De medisch specialisten die de dossiers in onderhavige studie hebben beoordeeld hebben aangegeven dat in hun ogen ziekenhuizen veel kunnen leren van het intern uitvoeren van dossieronderzoek bij bijvoorbeeld overleden patiënten. Bij overleden patiënten komt vaker zorggerelateerde schade en potentieel vermijdbare schade voor waardoor sneller voorbeelden beschikbaar komen om van te leren. Bij intern dossieronderzoek staat veelal niet het tellen van vermijdbare schade voorop, maar het inzichtelijk maken van knelpunten in de zorgverlening en het leren voor kwaliteitsverbetering. Dit kan ziekenhuisbreed of op afdelingsniveau. Daarnaast is het ook een stimulans voor een open veiligheidscultuur. Het uitvoeren van dossieronderzoek op de eigen afdeling en het bespreken van de resultaten kan het risicobewustzijn vergroten, en bijdragen aan het opsporen van lacunes in de dossiervoering, waaronder de leesbaarheid en toegankelijkheid van dossiers en de adequaatheid en tijdigheid van de ontslagbrief.

Aanbeveling 5: Stimuleer ook in de toekomst het onafhankelijk monitoren van zorggerelateerde schade en potentieel vermijdbare schade en sterfte

Het grote voordeel van een onafhankelijke landelijke Monitor is de uniformiteit en vergelijkbaarheid van de resultaten. Dossieronderzoek is een methode die unieke informatie biedt over de veiligheid van de verleende zorg. Alternatieve informatiebronnen zoals incidenten, klachten, en claims bieden ook relevante informatie over de patiëntveiligheid, maar zijn niet geschikt om de omvang van zorggerelateerde en potentieel vermijdbare schade in kaart te brengen. Indicatoren gebaseerd op administratieve gegevens zoals de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR), de verlengde ligduur en het aantal heropnames kunnen belangrijke signalen geven om nader (dossier)onderzoek te doen naar de patiëntveiligheid.

De Monitor Zorggerelateerde Schade meet op uitkomst- en individueel patiëntniveau de aard, ernst, omvang en consequenties van potentieel vermijdbare schade in ziekenhuizen. De aan de bron geregistreerde gegevens kunnen vervolgens op afdelings-, ziekenhuis- en sector niveau worden geaggregeerd. De resultaten laten zien waar mogelijkheden liggen voor verbetering.

Tot slot, willen wij benadrukken dat dit onderzoek alleen plaats heeft kunnen vinden door de openheid van ziekenhuizen en hun bereidheid om te leren van de resultaten.

