

Bijlage 1

Programma veilige zorg deel 1

1. Inleiding

Verbeteren van de kwaliteit van zorg is – naast preventie - één van de speerpunten van ons beleid. Patiëntveiligheid is een basaal onderdeel van de kwaliteit van zorg en daarmee in sterke mate richtinggevend voor allen die betrokken zijn bij de zorg: artsen, verpleegkundigen, besturen, verzekeraar en zeker niet in de laatste plaats de patiënten zelf. De aandacht voor dit thema is niet nieuw. Van oudsher is patiëntveiligheid richtinggevend voor allen die bij de zorgsector betrokken zijn. De rijksoverheid vervult daarbij een specifieke rol en de Inspectie voor de Gezondheidszorg verzorgt door haar toezicht het sluitstuk bij de borging van kwaliteit. De afgelopen jaren heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ook een aantal interessante programma's gestart zoals 'Zorg voor beter', 'Sneller beter' en 'Kies beter'. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van bepaalde maatregelen is en blijft bij het veld. Die verantwoordelijkheid willen en kunnen wij niet overnemen. Dit programma is dan ook in nauw overleg met het veld tot stand gekomen. Uiteraard zijn wij wel bestuurlijk verantwoordelijk voor dit programma.

Het programma is ook van belang voor de verzekeraars (en zorgkantoren), want zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van zorg van voldoende kwaliteit. Steeds meer worden bij het maken van productieafspraken ook eisen aan de kwaliteit gesteld. Veilige zorg is een belangrijk onderdeel van deze kwaliteit.

In dit programma geven wij - in goed overleg met het veld – weer, waar de speerpunten voor ons beleid op het terrein van de patiëntveiligheid liggen. Wij concentreren ons hierbij op 'individuele veiligheid'. Veiligheid is een breed begrip dat uiteenloopt van de zorg voor een individuele patiënt tot collectieve veiligheid waaronder ook brandveiligheid en ARBO-regelingen vallen. Op deze terreinen gebeurt momenteel ook veel, maar deze vormen van 'collectieve veiligheid' laten wij hierbij buiten beschouwing. Ook gaan wij hier niet in op de gevaren die patiënten voor zichzelf en voor anderen kunnen betekenen. Dit Programma "Veilige Zorg" heeft dus een smalle benadering, maar in de loop van dit programma vindt een verbreding plaats.

Dit document is deel I van het Programma veilige zorg en omvat de ziekenhuissector en een aantal sectoroverstijgende onderdelen namelijk medicatieveiligheid, onderwijs en onderzoek. In november van dit jaar presenteert de staatssecretaris tijdens een conferentie het programma voor de langdurige zorg. Eind 2007 verschijnt het 'Programma versterking eerste lijn deel II', waar patiëntveiligheid een belangrijk onderdeel van is.

Deze nota is verder als volgt opgebouwd:

- Paragraaf 2: De ziekenhuissector
- Paragraaf 3: Medicatieveiligheid
- Paragraaf 4: Onderwijs
- Paragraaf 5: Onderzoek

2. De ziekenhuissector

Naar aanleiding van de recente rapporten over patiëntveiligheid hebben de partijen in de ziekenhuissector een ambitieus plan opgesteld. Dit Veiligheidsprogramma "Voorkom schade, werk veilig" is op 12 juni 2007 tijdens het Inspectiesymposium aan ons aangeboden. Het Veiligheidsprogramma heeft de goedkeuring van de Inspectie voor de Gezondheidszorg die hierin

ook voldoende mogelijkheden ziet om de voortgang bij individuele instellingen te toetsen. Ook wij zien het Veiligheidsprogramma als een goede invulling van de ambitie om de veiligheid te verbeteren. Het Veiligheidsprogramma van de sector maakt daarom deel uit van het VWS programma veilige zorg.

De aanpak in de ziekenhuissector bestaat uit twee hoofdlijnen:

- De verdere invoering van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS).
- Specifieke interventies waarbij snel resultaat geboekt kan worden.

2.1 Veiligheidsmanagementsysteem

In 2004 besloot de toenmalige minister van Volksgezondheid dat alle ziekenhuizen vanaf 2008 systematisch de veiligheid van de zorgverlening moeten managen met behulp van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De aanleiding hiervoor was het rapport "Hier werk je veilig of je werkt hier niet", dat in het kader van het programma "Sneller beter" in 2004 is uitgebracht door Rein Willems. In dit rapport wordt aangegeven, dat om veiligheid systematisch te managen, een instelling goed zicht hebben moet op de zorgprestaties en over een cultuur moet beschikken waarin slechte uitkomsten niet worden geaccepteerd. Bovendien moeten er goede interventiemogelijkheden beschikbaar zijn. Een Veiligheidsmanagementsysteem bestaat uit een systematische risicoanalyse, een systeem voor incidentmelding en een verbeterproces.

Instellingen en de diverse brancheorganisaties en expertisecentra zoals de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV), de beroepsorganisatie Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), en de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) hebben de afgelopen jaren veel energie gestoken in de ontwikkeling van de bouwstenen voor een Veiligheidsmanagementsysteem. In tien ziekenhuizen is een pilot gestart, waarin de basiselementen voor het systeem zijn vastgesteld, getest en waar nodig verder ontwikkeld. De basiseisen zijn nu vastgelegd in een Nederlandse Technische Afspraak¹ (NTA 8009).

Om zorg te dragen dat deze afspraken aansluiten bij de bestaande kwaliteitsnormen en -eisen, werkt de sector nauw samen met het Nederlands Normalisatie Instituut, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) en Stichting Harmonisatie Kwaliteitsborging in de Zorg (HKZ). Na het inspectiesymposium van 12 juni 2007 worden de basiselementen en de NTA voor een VMS aan alle ziekenhuizen aangeboden.

Ook hebben de brancheorganisaties op basis van onderzoek dat de KNMG heeft uitgevoerd in opdracht van ZonMw, een gedragscode voor veilig melden van incidenten in de zorg opgesteld. Hierin is vastgelegd aan welke eisen een meldsysteem moet voldoen en op welke wijze de melder wordt beschermd (het Beleidsdocument veilig melden). De gedragscode gaat in op het doel van het melden van incidenten, namelijk het bespreken en leren van incidenten en bijna incidenten, en geeft aan hoe kan worden voorkomen dat melders van incidenten aan de schandpaal worden genageld. Immers, er is een veilige cultuur noodzakelijk om de meldingsbereidheid zo groot mogelijk te maken. Dit document biedt instellingen dus ook houvast bij het invoeren van meldingssystemen.

¹ Het Nederlands Normalisatie-instituut publiceert naast Nederlandse Normen (NEN ook Nederlandse Technische Afspraken (NTA). In een NTA worden afspraken vastgelegd over specificaties of werkmethode die direct breed kunnen worden gebruikt.

Het is duidelijk dat instellingen op verschillende wijze invulling kunnen geven aan een VMS. Maar de elementen waar uit ieder VMS moet bestaan zijn nu bekend én vastgelegd in de NTA. Er is dus voldoende gebruiksklaar materiaal beschikbaar om een VMS in te voeren. Van alle instellingen wordt dus ook verwacht dat ze nu een VMS gaan invoeren. Instellingen die de doelstelling van een VMS op 1 januari 2008 niet halen, moeten nog in 2007 een implementatietraject opstellen, met daarin duidelijk omschreven prestaties en een stappenplan. De koepelverenigingen van de ziekenhuizen zullen deze stand van zaken en de voorgenomen stappen inventariseren. De inspectie zal deze stand van zaken gebruiken bij het toezicht op de individuele instellingen.

2.2 Specifieke thema's in de ziekenhuissector

Naast de invoering van het Veiligheidsmanagementsysteem hebben de betrokken partijen (NVZ, NFU, OMS, LEVV en V&VN) een aantal specifieke thema's gekozen voor specifieke verbeteracties in de komende periode. Het gaat om thema's waarbij door gerichte interventies veel winst te behalen valt.

De keuze voor de onderwerpen is tot stand gekomen door overleg met deskundigen van de betrokken beroepsgroepen en medisch specialisten. Daarbij is gebruik gemaakt van de kennis uit het EMGO-Nivel rapport over de onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. De gekozen onderwerpen sluiten zoveel mogelijk aan bij de aard van de onbedoelde schade zoals die door de onderzoekers is beschreven. Een voorwaarde voor de thema's is, dat specifieke interventies of best practices beschikbaar zijn, die snel zijn in te voeren en waarvan de effectiviteit bewezen is. De kennis over deze interventies komt onder andere uit internationale ervaringen. Uit de Amerikaanse campagne 'Save 5 million lives' is bijvoorbeeld veel bekend over de effectiviteit van verschillende interventies. Maar ook projecten zoals Sneller Beter hebben informatie over best practices opgeleverd.

Bij elk thema worden hierna interventies benoemd die de veiligheid sterk kunnen verbeteren. Bovendien wordt een duidelijk meetinstrument (prestatie-indicator) ontwikkeld voor de thema's, zodat de effecten van de campagne en de interventies zichtbaar worden. De partijen hebben ook bij alle interventies een doelstelling benoemd, waarnaar op landelijk niveau wordt gestreefd. De interventies worden ontwikkeld onder regie van de brancheorganisaties en ter ondersteuning aangeboden aan de instellingen. In totaal zijn tien thema's benoemd. Dit zijn thema's waarvan alle betrokken partijen aangeven dat snelle verbeteringen mogelijk zijn met bekende interventies of best-practices. Alle instellingen moeten hier dus de komende tijd mee aan de slag. Landelijk zal gefaseerd aandacht voor deze thema's gevraagd worden. Daarbij worden ondersteuningsmodules ontwikkeld die instellingen kunnen gebruiken bij het implementeren van de interventies. Bovendien wordt bij elk thema een meetinstrument (prestatie indicator) ontwikkeld. Met deze indicator wordt gemeten wat de verbeteringen per thema en per ziekenhuis zijn. Voor de fasering van deze thema's is gekozen voor een periode van drie maal anderhalf jaar, te beginnen op 1 januari 2008. Voor de eerste fase zijn door de betrokken partijen en de inspectie vier thema's uitgewerkt. Deze worden hieronder verder beschreven. De verdere uitwerking voor de resterende thema's volgt spoedig. De thema's voor fase drie zijn nog onder voorbehoud. De keuze kan worden aangepast als er nieuwe inzichten zijn over thema's met hoge risico's en effectiviteit van interventies. Op 1 januari 2008 zullen de thema's in de eerste fase gebruiksklaar zijn. Dat wil zeggen dat ondersteuningsmodules beschikbaar zijn voor de invoering van de interventies en dat een meetinstrument is ontwikkeld om de effecten te monitoren. Dit wil dus niet zeggen dat op de andere thema's niets hoeft te gebeuren. Uit praktische overwegingen is voor een zekere mate van volgtijdelijkheid gekozen. Volgtijdelijkheid in de zin van monitoring of het ontwikkelen van meetinstrumenten, niet volgtijdelijkheid in de zin van het laten liggen van evidente problemen rond thema's waar de focus pas op een later moment op komt te liggen. Er gebeurt in de ziekenhuizen al veel en dat moet zeker doorgaan. In de komende maanden zal nog hard gewerkt worden aan de opzet van de ondersteuning en de

resultaatmeting. Per thema wordt ook vastgesteld hoeveel fouten en eventuele schade kan worden voorkomen door de invoering van de aangeboden interventies.

Fase 1

1. Voorkomen van ziekenhuis infecties na een operatie.
2. Voorkomen van schade bij patiënten met een centraal veneuze lijn (inbrenschade, infectie, bloedvergiftiging).
3. Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies .
4. Voorkomen van medicatiefouten, met vooral aandacht voor de momenten van overdracht.

Fase 2

5. Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt met specifiek aandacht voor:
 - a. Herkennen en voorkomen van verwardheid (delier);
 - b. Valpreventie;
 - c. Voorkomen van mobiliteitsverlies;
 - d. Voorkomen en verhelpen van ondervoeding.
6. Voorkomen van sterfte door een plotselinge onverwachte hartaanval (acute myocard infarct).
7. Voorkomen van onnodig lijden van patiënten door pijn.

Fase 3

8. Voorkomen van incidenten bij het bereiden en toedienen van high risk medicatie.
9. Voorkomen van verwisselingen van en bij patiënten.
10. Voorkomen van nierinsufficiëntie (onvoldoende werking van de nieren) door het gebruik van contrastmiddelen en medicatie.

Uitwerking Thema's fase 1

Thema 1. Voorkomen van ziekenhuisinfectie na een operatie

Een operatie kan voor patiënten het risico van een postoperatieve wondinfectie (POWI) met zich mee brengen. 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. Er kan dus nog steeds veel verbeterd worden. 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 ontharen voor de behandeling. De successen uit Sneller Beter en de mate van schade die POWI met zich meebrengen voor de patiënt zijn de aanleiding om POWI als een van de thema's mee te nemen in het veiligheidsprogramma.

Doel

Halveren van het aantal postoperatieve wondinfecties (POWI).

Interventies

- Het adequate gebruik van de profylactische antibiotica.
- Stoppen met preoperatief scheren van de te opereren plaats.
- Het gebruik overige bekende perioperatieve maatregelen, zoals het monitoren van het bloedsuikergehalte
- Het gebruik van hygiënevoorschriften van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP)

Effectmeting

Het aantal patiënten met een postoperatieve wondinfectie wordt geregistreerd.

Thema 2. Voorkomen van schade bij patiënten met een centraal veneuze lijn

Een centraal veneuze lijn is een lang infuus waarvan het uiteinde, via de aders, rechtstreeks in het hart ligt. Deze infusen worden ook wel lange lijnen genoemd.

Bij het inbrengen van deze lange lijnen kan schade ontstaan, zoals een klaplong of een bloeding. Deze schade kan in veel gevallen voorkomen worden door te werken volgens de protocollen.

Bovendien kan door de schade sepsis (bloedvergiftiging) ontstaan. Sepsis is een ernstige aandoening waaraan meer patiënten overlijden dan aan borstkanker, colonkanker en longkanker samen. In de Nederlandse ziekenhuizen komt sepsis vaak voor. Sepsis kan gepaard gaan met orgaanfalen. Als wordt gesproken van een ernstige sepsis bedraagt 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 ingezet en niet volledig is. Een vroege herkenning en behandeling zijn dus essentieel. 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 campagne gestart. In Nederland participeren 11 ziekenhuizen in deze campagne.

Doel

- Terugdringen van de inbrengschade met 50%.
- Aansluiten op Nederlands initiatief voor 'surviving sepsis' met als doelstelling om in vijf jaar de sterfte aan ernstige sepsis met 25% te reduceren.

Interventies

- Om de inbrengschade te beperken zal in alle ziekenhuis zorg gedragen moeten worden voor de juiste toepassing van de inbrengtechniek, door gebruik te maken van een protocol inclusief training.
- Voor de vermindering van schade en sterfte door sepsis is een bundel van maatregelen beschikbaar die gebaseerd is op evidence-based ervaringen. Deze maatregelen zijn gericht op het snel behandelen van patiënten bij wie sepsis of een septische shock is geconstateerd. De maatregelen worden in protocollen vastgelegd.

Effectmeting

Elke patiënt die overlijdt door sepsis op een IC wordt geregistreerd. Dit aantal wordt gelegd naast het aantal patiënten op de IC.

Thema 3. Vroegtijdige herkenning van patiënten met vitale functies die worden bedreigd

Patiënten met bedreigde vitale functies als ademhaling, bewustzijn, circulatie van het bloed (hartslag), hebben adequate behandeling en zorg nodig om vermijdbare schade en overlijden te voorkomen. Zorgverleners gebruiken niet dezelfde criteria ten aanzien van bedreigde vitale functies. Er is dus een eenduidige, heldere formulering nodig van de bandbreedte, waarbinnen de vitale functies zich mogen bevinden. Daarnaast moeten afspraken worden gemaakt over hoe te handelen als de bandbreedte wordt overschreden. Op die manier kan door iedereen snel herkend én ingrepen worden wanneer een patiënt zich in een noodsituatie bevindt.

Doel

De sterfte bij patiënten met bedreigde vitale functies wordt teruggebracht met 25% in vijf jaar.

Interventies

Om de sterfte bij patiënten met bedreigde vitale functies te verminderen, is het belangrijk dat het zorgproces rond deze patiëntengroep is vastgelegd in ziekenhuisspecifieke protocollen. Daarin worden afspraken opgenomen over de bandbreedtes van de vitale functies en hoe wordt gehandeld bij het achteruitgaan van een patiënt, bijvoorbeeld door het inzetten van een spoed-interventieteam. Maatregelen kunnen dus zijn:

- Opstellen van een protocol met bandbreedtes voor de vitale functies.
- Opstellen interventie-protocol: wie waarschuwt wie.
- Instellen spoed-interventie-team.

Effectmeting

De sterfte van patiënten met bedreigde vitale functies wordt geregistreerd en vergeleken met het totaal aantal patiënten met bedreigde vitale functies.

Thema 4. Medicatieoverdracht

Medicatieveiligheid is een belangrijk thema over de hele breedte van de zorg. Het onderwerp wordt daarom apart behandeld in paragraaf 3.

In deze paragraaf wordt het thema medicatieoverdracht besproken, dat door de partijen in de ziekenhuissector is uitgekozen als verbeterthema. Door het moment van opname en ontslag anders te organiseren, kunnen vergissingen in persoon, middel(en) en dosering(en) worden voorkomen.

Doel

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 door alle veldpartijen en de inspectie wordt opgesteld. De richtlijn heeft betrekking op de organisatie van medicatieoverdracht, zodat er geen vergissingen mogelijk zijn in persoon, middel(en) en dosering(en). Hierbij moet gedacht worden aan:

- Het invoeren van een risico-inventarisatie met betrekking tot het voorschrijven en toedienen van risico medicatie zoals slaap- en kalmeringsmiddelen.
- Het invoeren van standaardgesprekken met de patiënt over het actuele medicatiegebruik, het geneesmiddelenbeleid binnen het ziekenhuis en het gebruik van geneesmiddelen (en eventueel geconstateerde bijwerkingen) na ontslag. Zulke gesprekken en het terugkoppelen aan de openbare apotheker en huisarts dragen bij aan het terugdringen van medicatiefouten. "DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik" heeft ervaring met het voeren van deze standaard gesprekken.
- Het gebruik van meldingsystemen op het terrein van medicatieveiligheid. Dit wordt in paragraaf 3 verder beschreven.

Effectmeting

Het aantal keer dat er met medicatie iets fout gaat (klinisch, dagbehandeling en poliklinisch én daarna door overdracht medicatie vanuit ziekenhuis) door onvolledige anamnese bij opname of onvolledige overdracht bij ontslag. Dit wordt vergeleken met het totaal aantal klinische en dagbehandelingopnames én ontslagen én polikliniek bezoeken.

2.3 Doelstelling ziekenhuissector

In de brief 'Overzicht en tijdspad patiëntveiligheid' van 14 mei 2007 (CZ/TSZ-2768961) is het streven naar een reductie van 50% van de vermijdbare schade in vijf jaar genoemd. Uiteraard moet het streven zijn om vermijdbare schade volledig te voorkomen. Maar een doelstelling moet wel realistisch zijn. De betrokken ziekenhuispartijen hebben op 12 juni aangegeven, dat ze deze

ambitie delen. Het gaat daarbij om de reductie van de vermijdbare schade, inclusief de vermijdbare doden. Dit is een forse ambitie. Maar met de bovengenoemde acties op de concrete thema's én de invoering van het VMS in alle ziekenhuizen, moet het voor de sector mogelijk zijn deze vermindering van vermijdbare schade te behalen.

De effecten van deze aanpak en de daadwerkelijke vermindering van de vermijdbare schade worden gemeten met behulp van methoden die voor elk thema specifiek worden benoemd. Er wordt dan dus direct zichtbaar wat de resultaten per thema en per ziekenhuis zijn. Hierbij moeten we ons realiseren dat het enige tijd vergt vóór effecten van de interventies zichtbaar worden. De effecten zullen dus duidelijker worden naarmate het programma vordert. Mede daarom is de periode van vijf jaar voor de gezamenlijke doelstelling van 50% realistisch. Het monitoren van de voortgang met behulp van de specifieke indicatoren levert snellere en concretere informatie dan een herhaling van het EMGO-Nivel onderzoek. Bovendien kan een herhaling van het EMGO-Nivel onderzoek tot verwarring leiden, omdat de definities voor vermijdbaarheid zullen veranderen, en omdat er door nieuwe technieken enerzijds nieuwe inzichten ontstaan over de vermijdbaarheid van incidenten maar anderzijds ook weer nieuwe risico's voor patiënten ontstaan.

Naast de meting van de uitkomsten op deze specifieke thema's, worden steeds meer uitkomstindicatoren ingevoerd die een beeld geven van de kwaliteit en veiligheid van zorg. In de bijlage over Zichtbare Kwaliteit wordt hier verder op ingegaan. De tien benoemde thema's zijn dus niet de enige onderwerpen waarop het inzicht in de kwaliteit wordt verbeterd. Maar vanwege het belang van deze onderwerpen wordt er door de landelijke campagnes en ondersteuningsmodule extra aandacht geschonken aan deze thema's.

De inspectie en verschillende andere partijen voeren momenteel ook pilots uit, waarbij sterftecijfers als indicator voor de zorg worden onderzocht. In het Verenigd Koninkrijk worden deze sterftecijfers al gebruikt. Het is duidelijk dat sterftecijfers, zoals geldt voor alle uitkomstindicatoren, alleen zinvol zijn wanneer het gaat om gestandaardiseerde en gecorrigeerde cijfers. Er moet dus zeer nauwkeurig mee worden omgegaan, maar in de toekomst kunnen deze cijfers ook bijdragen aan het monitoren van de verbetering van de patiëntveiligheid.

2.4 Handhaving

Naast het toetsen van de voortgang op de invoering van het VMS, zal de inspectie ook toezien op de verbetering op bovengenoemde thema's. Ziekenhuizen zijn niet verplicht om de interventies in te voeren, maar ze zijn wél verplicht om inzicht te geven in de resultaten op het benoemde thema's, door middel van de prestatie-indicatoren. De keuze voor een alternatieve aanpak op het bewuste thema is dus alleen acceptabel als er met die aanpak minstens even goede resultaten worden behaald. Na de campagneperiode van anderhalf jaar wordt van alle ziekenhuizen verwacht dat zij de interventies ingevoerd hebben en verantwoording afleggen over de thema's uit die fase. De inspectie zal bij alle ziekenhuizen nagaan op welke wijze hier invulling aan wordt gegeven en welk resultaat hiermee wordt geboekt.

Sectoroverstijgende voorstellen

3 Medicatieveiligheid

Inleiding

Medicatieonveiligheid leidt tot grote risico's voor patiënten en daarom wordt dit thema ook afzonderlijk uitgewerkt voor de gehele zorgsector. Aangezien de ziekenhuissector het onderwerp medicatieveiligheid heeft opgenomen in hun veiligheidsprogramma (zie paragraaf 2), is een deel van de activiteiten al in paragraaf 2 beschreven.

Over het onderwerp medicatieveiligheid zijn recent verschillende onderzoeken gepubliceerd, zoals het HARM-onderzoek². De uitkomsten en adviezen ter verbetering komen grotendeels overeen. Naar aanleiding van het HARM-onderzoek heeft de Tweede Kamer de motie van het lid Voordewind aangenomen (30 800-XVI, nr 99), waarin wordt gevraagd om een plan van aanpak ter verbetering van de medicatieveiligheid. Hieronder geven wij onze invulling daarvan.

Uit de onderzoeken blijkt dat er drie categorieën risicofactoren bestaan, t.w.

- patiëntgerelateerd,
- geneesmiddelgerelateerd
- procesgeoriënteerd

Deze drie categorieën worden hier verder uitgewerkt. Hierbij besteden wij specifieke aandacht aan de risico's die het gebruik van internet voor het aanschaffen van geneesmiddelen met zich meebrengt. Wij sluiten zoveel mogelijk aan bij al in gang gezette maatregelen.

3.1 Patiëntgerelateerde risicofactoren

Patiënten van 65 jaar en ouder hebben een twee keer zo groot risico op een geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopname als andere bevolkingsgroepen. Binnen deze patiëntengroep komen vaak meerdere risicofactoren samen zoals het meer dan vijf geneesmiddelen gebruiken en het niet zelfstandig wonen (verzorgingshuis, verpleeghuis). Ook de mate van therapietrouw is een risicofactor die kan leiden tot een ziekenhuisopname die te vermijden zou zijn. Onder therapietrouw wordt verstaan het op de juiste wijze gebruiken van geneesmiddelen (zoals door de huisarts of specialist voorgeschreven). 20 tot 50 % van de chronisch zieke patiënten breekt de behandeling voortijdig af of gebruikt de geneesmiddelen niet op de juiste wijze. Hierdoor heeft het geneesmiddel niet het gewenste effect en treedt er verlies aan gezondheidswinst op. Ook kunnen bijwerkingen ontstaan die weer om een nieuwe behandeling of om nieuwe of andere geneesmiddelen vragen.

Acties reeds in gang gezet

- Op ons verzoek heeft "DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik"³ verschillende acties in gang gezet die zijn gericht op de oudere patiënt die niet zelfstandig woont. In 2006 heeft DGV een instrument voor risicoanalyse ontwikkeld waarmee verpleeg- en verzorgingshuizen zelf kunnen nagaan waar de zwakke schakels binnen de organisatie zitten met betrekking tot distributie, uitgifte en eventuele toediening van geneesmiddelen. Aan de hand van deze scans kunnen instellingen aan de slag gaan met een verbetertraject. Bovendien begeleidt DGV dit jaar in het kader van 'Zorg voor Beter' thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen en zorginstellingen in de gehandicaptenzorg bij het realiseren van deze verbeteracties. Het is de bedoeling om deze verbeteringen veldbreed te implementeren vanaf 2008. Doelstelling van dit traject is 30% reductie aan medicatiefouten te realiseren.
- DGV heeft een model ontwikkeld waarmee verzorgingshuizen een periodieke beoordeling van het geneesmiddelengebruik kunnen invoeren (medication review). Dit is inmiddels met succes toegepast voor arts-apotheker overleg. De resultaten van de aanpak bij de tot nog toe geëvalueerde verzorgingshuizen: reductie van 8 tot 18% van het aantal gebruikte geneesmiddelen en reductie aan kosten (200 tot 400 euro per bewoner).

² Hospital Admissions Related to Medication, november 2006

³ Stichting DGV (doelmatige geneesmiddelenvoorziening) is een instituut dat door VWS wordt gefinancierd. DGV werkt onder de naam DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. DGV is een onafhankelijk instituut dat als doel heeft het gebruik van geneesmiddelen in Nederland zo verantwoord mogelijk te laten zijn.

- Het ministerie heeft gedurende 2006 en 2007 het uitrollen van best practices op het terrein van therapietrouw (en polyfarmacie) gefinancierd. De resultaten zijn eind 2007 bekend.
- DGV heeft in samenwerking met de ouderenbonden, voor (oudere) patiënten die veel verschillende geneesmiddelen gebruiken, informatiefolders ontwikkeld.

Inzet komende periode

- Om patiënten en zorgverleners het belang van therapietrouw onder de aandacht te brengen zal medio 2007 een massamediale campagne worden georganiseerd en is de NPCF aan de slag om een conferentie over therapietrouw voor te bereiden.
- Goede initiatieven met betrekking tot therapietrouw) zullen worden verzameld en op een toegankelijke wijze beschikbaar gesteld aan zorgverleners en patiënten (portal RIVM).
- Wij willen bevorderen dat een periodieke beoordeling van het geneesmiddelgebruik van de patiënt van 65 jaar en ouder wordt ingevoerd. Dit houdt in dat arts en/of apotheker periodiek (jaarlijks) het geneesmiddelengebruik samen met de (oudere) patiënt onder de loep nemen en ervaringen van de patiënt daarbij meenemen. Met de vaststelling van de beleidsregel Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie (december 2006) door de Nederlandse Zorgautoriteit is het mogelijk om hiervoor ook financiering te krijgen. Wij zullen er bij partijen op aandringen dat dit ook gebeurt door dit mee te nemen bij de besprekingen in het kader van het nieuwe tariefsysteem voor apothekhouders dat in 2008 in werking zal treden.
- Daarnaast zullen we inzetten op allereerst het aanscherpen van de bestaande medicatieprotocollen, vervolgens het in de praktijk concreet gebruiken van deze protocollen binnen de verzorgings- en verpleeghuizen en ten slotte verscherpen van aandacht voor medicatie door scholing van management en verzorgers in deze zorginstellingen. In 2008 zal DGV in nauwe samenwerking met ActiZ, de brancheorganisatie, deze acties in gang zetten.
- Patiënten met een verminderde nierfunctie lopen grotere risico's op een geneesmiddelengerelateerde ziekenhuisopname. Dit aspect verdient dus extra aandacht in het zorgproces. Daarnaast blijkt dat het hebben van meerdere aandoeningen het risico op geneesmiddelgerelateerde opname vergroot. Door in het Elektronisch medicatiedossier (EMD) ook specifieke informatie op te nemen over deze aspecten (zoals bloedwaardes van de patiënt, bepaalde labwaardes en gegevens met betrekking tot de indicatie) kan dit risico verminderd worden. We zullen dit met partijen bespreken.

3.2 Geneesmiddelgerelateerde risicofactoren

Polyfarmacie betekent dat de patiënt meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd gebruikt. Er is vaak onvoldoende aandacht voor de effecten van de geneesmiddelen op elkaar.

Daarnaast blijken vijf geneesmiddelen(groepen) blijken vooral problemen te veroorzaken. Het gaat daarbij om stollingsremmers, ontstekingsremmende middelen bij artritis e.d. (NSAID's), bloedsuikerverlagende middelen, bepaalde psychofarmaca en bepaalde cardiovasculaire geneesmiddelen.

Acties reeds in gang gezet

- Onder 3.1. staat al een aantal acties op het gebied van polyfarmacie beschreven.
- Via het programma Patiëntveiligheid van ZonMw zullen de onderzoekers die betrokken zijn geweest bij het HARM-onderzoek nader onderzoeken wat de meest effectieve interventies zijn op het terrein van polyfarmacie. De resultaten van dit onderzoek worden in 2009 verwacht.

Inzet komende periode

- Op dit moment stellen wij een expertgroep in die binnen vijf maanden nader adviseert over mogelijke verbeteracties op korte termijn ten aanzien van de vijf

geneesmiddelengroepen met hoge risico's. Begin 2008 bekijken wij welke interventies hieruit volgen.

3.3 Procesgerelateerde risicofactoren

Een belangrijke oorzaak van medicatieonveiligheid is ook de onvolledige (informatie)overdracht tussen zorgverleners onderling en richting de patiënt. In de praktijk blijkt het vaak te schorten aan een goede afstemming tussen de betrokken zorgverleners. Het HARM onderzoek identificeert daarbij als risico het medicatieproces binnen het verzorgingshuis, medicatieoverdracht van de patiënt van eerste naar tweede lijn en vice versa en herhaalmedicatie.

Acties reeds in gang gezet

- In 2006 heeft het ministerie een programma gestart voor een betere en nauwere samenwerking bij medicatieoverdracht (farmacoketenontwikkeling). Inmiddels worden door VWS 26 lokale en kleinschalige projecten gefinancierd die inspelen op de lokale situatie. In 2007 zal de aandacht zich vooral richten op continuering van de behaalde resultaten van deze projecten en het mogelijk verder uitbouwen van de ketenontwikkeling. Er zal door het Nivel in 2008 worden geëvalueerd in hoeverre deze aanpak om ketenontwikkeling te bevorderen, een succesvolle strategie is.
- Het veld ontwikkelt onder aansturing van de inspectie normen voor medicatieoverdracht, waarbij concreet wordt ingevuld wie welke informatie moet aanleveren om te voldoen aan verantwoorde zorg (invulling van de bestaande wet- en regelgeving op dit punt).
- Ook op het terrein van herhaalmedicatie heeft VWS het uitrollen van best practices op dit terrein gefinancierd. Deze best practice bleek in de praktijk vooral inzetbaar bij gezondheidscentra. De best practice heeft inmiddels als basis gediend voor samenwerkingsafspraken op dit terrein tussen KNMP en NHG.
- In het kader van het programma Zorg voor Beter wordt een zorgportal ontwikkeld, waarop zorginstellingen informatie kunnen vinden over onder meer het goed ordenen van het medicatieproces.
- In 2006 is door de NVZ geïnvesteerd in de landelijke uitrol van het meldsysteem Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR) en in het ontwikkelen van checklists op het gebied van medicatieveiligheid. Doel van het CMR is een landelijke analyse van fouten in het medicatieproces. Het doel van de checklists is het in kaart brengen van risicovolle processen rondom medicatiegebruik in het ziekenhuis en bij ontslag.

Inzet komende periode

- Via experimenten met poliklinische DBC's wordt onderzocht hoe de keten van medicatievoorziening kan worden verbeterd. In 2007 zullen deze experimenten met de opname van poliklinische geneesmiddelen in de DBC systematiek starten. Deze aanpak bevordert een meer integrale afweging door de specialist bij de keuze voor de in te zetten therapie. Daarmee is zowel de doelmatigheid maar ook de medicatieveiligheid gediend. Deze experimenten zullen in diverse ziekenhuizen uitgevoerd worden. Medio 2008 zullen de resultaten zichtbaar worden.
- Verbeteringen ten aanzien herhaalmedicatie kunnen worden gerealiseerd door de invoering van het eerder genoemde medication review en het EMD.
- Het goed volgen van de bestaande richtlijnen van de beroepsgroep zelf, bevordert zowel de doelmatigheid als de medicatieveiligheid. De richtlijnen gaan uit van evidence based handelen. In 2007 zal DGV in nauwe samenwerking met de NHG een model ontwikkelen ter bevordering van naleving van de richtlijnen van de beroepsgroep. Op dit moment ontwikkelt DGV een instrument waarmee inzicht kan worden gekregen in hoeverre artsen hun richtlijnen naleven (benchmark voorschrijven). Transparantie bevordert een veilig en zorgvuldig voorschrijfgedrag. Dit instrument zal eind dit jaar beschikbaar zijn.

- DGV sluit nog voor de zomer een convenant met het Amerikaanse Institute for Safe Medication Practices. Dit zal nieuwe methoden opleveren rond de verbetering van medicatieveiligheid.
- Ten slotte gaan wij onderzoeken in hoeverre een model voor (medicatie)fouten in de eerstelijnszorg ontwikkeld en uitgerold zou kunnen worden, analoog aan het VMS in ziekenhuizen. Uiteraard zullen de relevante beroepsgroepen hierbij worden betrokken.

3.4 Internetfarmacie

In toenemende mate gebruiken consumenten/patiënten het internet om informatie over bepaalde klachten en aandoeningen te krijgen. Op zich is dit een goede zaak. Sommige zorgverleners spelen hier op in en bieden patiënten de mogelijkheid om rechtstreeks via het internet receptplichtige geneesmiddelen te verkrijgen (geautoriseerd via een digitaal recept). Dat kan twee bedreigingen opleveren voor de medicatieveiligheid.

Internetconsult

In de regel staan patiënten veelal niet ingeschreven in de praktijk bij deze “voorschrijvende” artsen. Dat doet afbreuk aan de kwaliteit van beoordeling en diagnosestelling. Bij aflevering is ook de medicatiehistorie van deze patiënt onbekend. Hierdoor worden onnodige risico's genomen door zowel patiënt als zorgverlener.

Betrekken van geneesmiddelen via het internet

Daarnaast is de herkomst (kwaliteit) van geneesmiddelen die worden gekocht via het internet niet altijd even duidelijk. De inspectie heeft geconstateerd dat geneesmiddelen die zijn aangeschaft via het internet vaak namaakgeneesmiddelen zijn. Ook hierdoor loopt de patiënt onnodige risico's op het terrein van de medicatieveiligheid.

Acties reeds in gang gezet

- Met de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet (juni 2007) worden artsen (en apothekers) ingeperkt in hun mogelijkheden om via het internet voor te schrijven (en geneesmiddelen af te leveren). Artsen zullen alleen hen bekende patiënten (ingeschreven in hun praktijk en minimaal een keer fysieke intake) via het internet geneesmiddelen mogen voorschrijven.
- De inspectie is begin 2007 gestart met een project virtuele gezondheidzorg, waarbij het toezicht en de opsporing van het aanbod van gezondheidszorg op internet centraal staat. In het verlengde daarvan heeft de inspectie inmiddels diverse advertentie-sites gevraagd een waarschuwing te plaatsen dat wijst op de risico's bij aankoop van geneesmiddelen via internet.

4. Onderwijs

Veiligheid is voor een groot deel ook een kwestie van attitude en cultuur. Het moet vanzelfsprekend worden om stil te staan bij wat fout kan gaan en hoe dat voorkomen kan worden. Deze cultuuromslag kan alleen bereikt worden als alle zorgverleners op elk niveau zich hiervan bewust zijn en daar ook naar handelen. Daarom is aandacht voor veiligheid in het onderwijs essentieel. Het gaat hierbij zowel om onderwijs aan zorgverleners in opleiding, als om de al actieve zorgverleners.

Recent is er bij de universitaire medische centra een commissie opgestart die zich bezig houdt met de bijstelling van de opleidingseisen van de arts (initiële opleiding geneeskunde). Het thema patiëntveiligheid wordt hierbij nadrukkelijk opgenomen. Het UMC St Radboud in Nijmegen heeft, met financiële steun van ZonMw, een lespakket ontwikkeld voor medische studenten. Andere universiteiten kunnen dit pakket ook gebruiken voor hun studenten of hebben eigen materiaal

ontwikkeld. Bovendien wordt dit pakket ook in overleg met V&VN aangepast voor verpleegkundigen.

Voor de opleidingen tot medisch specialist zijn door de universiteiten discipline-overstijgende modules rond patiëntveiligheid ontwikkeld. Alle artsen in opleiding tot specialist krijgen in hun tweede of derde jaar een speciale cursus rond dit thema, die hen inzicht geeft in het ontstaan van incidenten en in hun eigen rol daarbij. Bij een aantal universitair medische centra loopt deze cursus al, bij andere zal deze cursus op korte termijn van start gaan.

Binnen alle huisartsopleidingen wordt specifiek aandacht besteed aan patiëntveiligheid. Het betreft programma's over in de praktijk gemaakte fouten of als zodanig ervaren of benoemde gebeurtenissen. Daarin is plaats voor foutenanalyse, het herstellen van fouten en het voorkomen van deze fouten in het vervolg. Specifieke aandacht voor patiëntveiligheid is er ook in de programma's over multidisciplinaire samenwerking in de praktijk en de daarvoor benodigde afspraken, protocollen en triage.

Ook in de initiële opleiding tot verpleegkundigen zal aandacht komen voor patiëntveiligheid. V&VN en het Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) ontwikkelen onderwijsmateriaal zodat het thema patiëntveiligheid in alle lessen op mbo- en hbo-niveau kan worden meegenomen.

Ook via nascholingsactiviteiten wordt al veel aandacht besteed aan patiëntveiligheid. Momenteel lopen er in de ziekenhuissector verschillende pilots naar de effecten van veiligheidstrainingen uit de luchtvaartsector. Op basis van ervaringen uit de Koninklijke Luchtmacht ontwikkelen de OMS, NVZ en LEVV samen met de Luchtmacht de training verder voor de ziekenhuissector. Ook bij de universitaire medische centra zijn dergelijke pilots gestart.

Inzet komende periode

Alle zorgverleners moeten zich bewust moeten zijn van de (on-)veiligheid. Vanaf het onderwijsjaar 2008-2009 dient de aandacht voor patiëntveiligheid opgenomen te zijn in alle zorgopleidingen. Ik zal hierover op korte termijn gesprekken voeren met de universiteiten, de hogescholen en andere opleidingsinstituten zoals de ROC's. Daarmee wil overigens niet gezegd zijn, dat dit onderwerp in alle gevallen nu te weinig aandacht krijgt.

Ook voor zorgverleners die al werkzaam zijn in de zorg is het thema patiëntveiligheid van belang. Met instellingen en beroepsverenigingen zal worden bekeken op welke wijze kennis over veiligheid via na- en bijscholing verstrekt kan worden.

Voor de langdurige zorg zal ik aan de betrokken partijen en kennisinstituten vragen om hier samen met de branche- en beroepsorganisatie invulling aan te geven.

Het onderwerp veiligheid bij farmacotherapie verdient bijzonder aandacht. In de initiële opleiding van zorgverleners en bij de nascholing moet meer aandacht komen voor de risico's van farmacotherapie. Voorbeeld hiervan zijn de bijwerkingen en de effecten van combinatie van geneesmiddelen.

5. Onderzoek

Inzicht in de mate van veiligheid en in de mogelijke verbeteracties is belangrijk en kan door onderzoek voortdurend vergroot worden. Om onderzoek naar veiligheid (zoals bewezen effectieve veiligheidsinterventies) te stimuleren loopt momenteel een onderzoeksprogramma bij ZonMw (programma Patiëntveiligheid). Het programma is gebaseerd op een advies van de Raad voor gezondheidsonderzoek 'Advies Onderzoek Patiëntveiligheid' (2 februari 2005). Deze raad adviseerde om het onderzoek de eerstkomende zes jaar uitdrukkelijk te richten op een drietal

onderzoeksprioriteiten: registratie- en analysesystemen, medicatieveiligheid en de mens-machine interactie bij complexe zorgprocessen. Binnen dit programma zijn tot nog toe in twee subsidierondes diverse kortdurende en langdurende projecten uitgezet.

Inzet komende periode

De resultaten uit het ZonMw-onderzoeksprogramma worden aangewend in het Programma Veilige Zorg. Het Programma en het onderzoeksprogramma kunnen elkaar goed versterken.

Resultaten kunnen onder andere worden verwerkt in de inhoudelijke campagnes.

In overleg met de sector wordt bekeken of een onderzoek naar vermijdbaar letsel en schade in de langdurige zorg zinvol is. Daarbij moet worden opgemerkt dat de definitie van vermijdbaar letsel in langdurige zorg anders is dan in curatieve zorg. De focus van het onderzoek kan daarmee anders zijn dan in curatieve zorg, maar wel is het wenselijk om te weten wat de ernst, omvang en de aard van de problematiek is in de langdurige zorg.

Nadat de eerste resultaten van de meting van de indicatoren in alle sectoren van de langdurige zorg verschijnt in 2008 en in 2009, zullen wij in overleg met de sector langdurige zorg bepalen hoe we verder onderzoek doen naar vermijdbare schade in de sectoren.

Overzicht van afkortingen

ActiZ	Organisatie van zorgondernemers
CMR	Centrale Medicatiefouten Registratie
DGV	Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
EPD	Elektronisch patiëntendossier
EMD	Elektronisch medicatiedossier
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsborging in de Zorg
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NFU	Nederlandse federatie van universitair medische centra
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NTA	Nederlandse Technische Afspraak
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
NVZA	Nederlandse vereniging van ziekenhuisapothekers
OMS	Orde van medisch specialisten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
UMC	Universitair medisch centrum
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
V&VN	Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie