

Gids Monitoren

VMS Veiligheidsprogramma 2010 - 2012



veiligheids
programma

Het VMS Veiligheidsprogramma is bedoeld voor alle Nederlandse ziekenhuizen. Door de deelname van maar liefst 93 ziekenhuizen, belooft het VMS Veiligheidsprogramma een succesvolle stap richting de doelstelling '50% reductie van vermijdbare onbedoelde schade' te worden. Vakinhoudelijke kennis wordt tijdens conferenties en in de vorm van tools op www.vmszorg.nl aangeboden. De combinatie van een in de NTA 8009:2007 geborgd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) én tien grotendeels evidence based medisch inhoudelijke thema's maakt het programma wereldwijd vooruitstrevend.

Eind december 2012 dienen ziekenhuizen aan de eisen van het VMS te voldoen en de doelstellingen van de tien thema's te behalen. Het VMS Veiligheidsprogramma ziet toe op het monitoren van de implementatie van alle onderdelen en verzamelt daartoe data. In deze versie van de Gids Monitoren vindt u informatie over de doelstellingen van het VMS en de tien thema's, de registratie van de indicatoren en de afspraken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.



Samenvatting

Liefst 93 ziekenhuizen zijn volop bezig met de invoering van het VMS Veiligheidsprogramma. Het doel is onbedoelde vermijdbare schade in ziekenhuizen met 50 procent terugdringen.

Om dat te bereiken doen de partners van het VMS Veiligheidsprogramma er alles aan om ziekenhuizen optimaal te ondersteunen met als doel op 31 december 2012:

- Alle ziekenhuizen hebben en gebruiken een gecertificeerd/geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem (vms).
- Alle ziekenhuizen hebben de doelstellingen gehaald op 10 thema's die door de partners zijn vastgesteld en waarmee veel winst is te behalen.

Hoe staat u er als ziekenhuis voor?

Het is voor ziekenhuizen belangrijk om te weten of u nog op koers ligt. Hoe doet uw ziekenhuis het als u getoetst wordt op de vastgestelde indicatoren? Waar bent u nu al goed in? Waar moet u nog meer aandacht voor hebben? Hoe doet u het ten opzichte van andere ziekenhuizen en kunt u wellicht iets van andere ziekenhuizen leren of juist uw ervaringen delen? Wat kunt u van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verwachten?

Waarom deze gids?

Met deze gids wil het VMS Veiligheidsprogramma u inzicht geven in hoe het monitoren in de praktijk werkt. Welke indicatoren worden gebruikt en hoe worden ze gebruikt? Hoe en wanneer levert u gegevens aan?

In april 2009 verscheen de eerste versie van de Gids Monitoren. In die gids stonden de indicatoren van de eerste vier thema's vermeld. In deze gids staan ook de indicatoren van de zes overige thema's van het VMS Veiligheidsprogramma.

De rol van het VMS Veiligheidsprogramma

Het landelijke VMS Veiligheidsprogramma ondersteunt de ziekenhuizen. Om te kunnen volgen hoe het gaat met het invoeren van het veiligheidsmanagementsysteem is het belangrijk dat ziekenhuizen het zogenoemde evaluatie-instrument invullen. Met dat instrument krijgen ziekenhuizen scherp in beeld hoever ze zijn met het implementeren van de onderdelen van het VMS conform de NTA 8009:2007.

Om te kunnen volgen hoe de implementatie verloopt, is het belangrijk dat de ziekenhuizen per kwartaal de gegevens van de indicatoren op ziekenhuisniveau aanleveren bij het VMS Veiligheidsprogramma.

Aanleveren gegevens

Het verzamelen van gegevens over de thema's Post-operatieve wondinfecties en Lijnsepsis gebeurt via PREZIES, Ernstige sepsis gebeurt via NICE. Voor de overige thema's kunnen ziekenhuizen gebruik maken van de Themamonitor, de speciaal voor dit doel ontwikkelde registratiemodule van het VMS Veiligheidsprogramma (zie www.vmszorg.nl).

Wat levert dit de ziekenhuizen op?

Ziekenhuizen die meedoen en gegevens aanleveren, krijgen niet alleen inzicht in hun eigen situatie maar ze kunnen zich ook vergelijken met andere ziekenhuizen. Het zijn cijfers op landelijk niveau en hebben zowel betrekking op de thema's als op het VMS. Daarmee kan ieder ziekenhuis zijn voordeel doen. De indicatoren waarop het VMS Veiligheidsprogramma toetst kennen 3 niveaus (structuur, proces en uitkomst). In de rapportages worden de cijfers daarom ook op 3 niveaus uitgelegd:

- Op structuurniveau betekent dat: voldoen we aan de basisvoorwaarden om de patiëntveiligheid te kunnen verbeteren?
- Op procesniveau: voeren we de interventies uit die belangrijk zijn?
- Op uitkomstniveau: wat leveren onze inspanningen op?

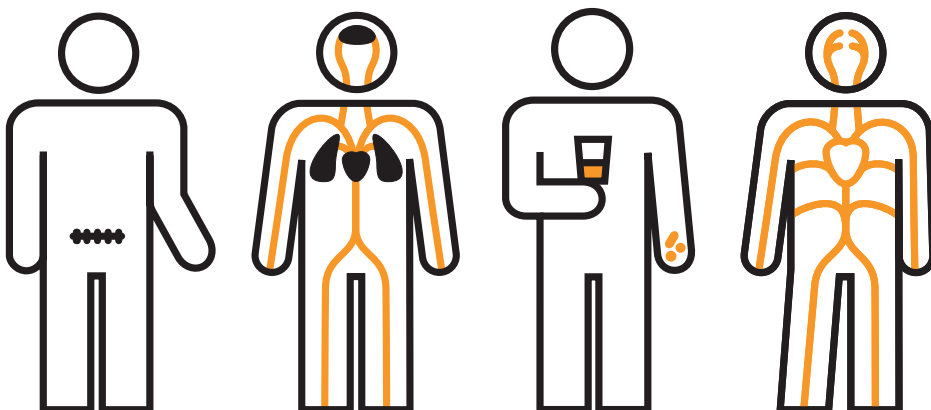
Een rapportage op procesniveau kunnen de ziekenhuizen elk kwartaal krijgen, op structuur- en uitkomstniveau is dat een keer per jaar. Een ziekenhuis dat gegevens aanlevert kan na deze rapportage ook zelf verschillende benchmarks uitvoeren met behulp van de Themamonitor op www.vmszorg.nl.

Toezicht IGZ

De IGZ houdt toezicht op de invoering van het VMS Veiligheidsprogramma en het behalen van resultaten. Daarvoor gebruikt de inspectie de eigen IGZ veiligheids-indicatoren die in samenspraak met de partners van het VMS Veiligheidsprogramma zijn vastgesteld. Deze (IGZ) indicatoren zijn in tegenstelling tot de indicatoren van het VMS Veiligheidsprogramma volledig openbaar (zie publicatie Veiligheidsindicatoren voor ziekenhuizen op www.igz.nl). De IGZ bezoekt ook steekproefsgewijs ziekenhuizen om de implementatie van het VMS Veiligheidsprogramma te monitoren en de inzet van verbeteracties te beoordelen.

Meer informatie?

Voor algemene informatie over het VMS Veiligheidsprogramma, de praktijkguides en de specificaties van de indicatoren verwijzen wij u naar www.vmszorg.nl.



Inhoud

1	Inleiding	8
1.1	Hoe is het VMS Veiligheidsprogramma ontstaan?	8
1.2	Het doel van het programma	8
1.3	Tien thema's	8
1.4	De speerpunten tot 2012	8
1.5	De rollen van ziekenhuizen en programmabureau	9
1.6	Waarom deze gids?	9
2	Monitoren: waarom?	10
2.1	Wat levert het op voor ziekenhuizen?	10
2.2	Het aanleveren van gegevens	10
2.3	Het belang van betrouwbare gegevens	10
2.4	Wat doet het VMS Veiligheidsprogramma met de gegevens?	10
2.5	De rol van de inspectie bij monitoren	10
3	Hóe gebeurt monitoren?	12
3.1	Monitoren van de 10 thema's	12
3.1.1.	Twee vormen van registratie voor de 10 thema's	12
3.1.1.1	Thema's met bestaande registratie	12
3.1.1.2	Themamonitor	12
3.1.2	Veiligheidsindicatoren die de IGZ gebruikt	12
3.2	Monitoren van het veiligheidsmanagementsysteem?	13
3.2.1	Het evaluatie-instrument	13
3.2.2	Cultuurmeting	13
4	De 10 thema's met indicatoren	14
4.1.	Voorkomen van wondinfecties na een operatie	14
4.1.1	Interventies	14
4.1.2	Toelichting indicatoren	14
4.2.	Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt	15
4.2.1	Interventies	15
4.2.2	Toelichting indicatoren	15
4.3	Medicatieverificatie bij opname en ontslag	16
4.3.1	Interventies	16
4.3.2.	Toelichting indicatoren	16
4.4.	Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis	17
4.4.1	Lijnsepsis	17
4.4.1.1	Interventies	18
4.4.1.2	Toelichting indicatoren	18
4.4.2	Ernstige sepsis	18
4.4.2.1	Interventies	18
4.4.2.2	Toelichting indicatoren	19
4.5	Kwetsbare ouderen	20
4.5.1	Interventies	21

4.5.2	Toelichting indicatoren	21
4.6	Optimale zorg bij acute coronaire syndromen	21
4.7	Vroege herkenning en behandeling van pijn	21
4.7.1	Interventies	21
4.7.2	Toelichting indicatoren	22
4.8	High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia	23
4.8.1	Interventies	23
4.8.2	Toelichting indicatoren	23
4.9	Verwisseling van en bij patiënten	23
4.9.1	Interventies	24
4.9.2	Toelichting indicatoren	24
4.10	Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen	25
4.10.1	Interventies	26
4.10.2	Toelichting indicatoren	26
5	Literatuurlijst	27
6	Bijlagen:	29
	<i>Bijlage 1</i> Afkortingen	30
	<i>Bijlage 2</i> Speerpunten tot en met 2012	31
	<i>Bijlage 3</i> Planning 2010-2012	36
	<i>Bijlage 4</i> Overzicht doelstellingen en indicatoren 10 thema's	38

1 Inleiding

1.1 Hoe is het VMS Veiligheidsprogramma ontstaan?

Het VMS Veiligheidsprogramma is een initiatief van de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (Orde), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV).

Zij hebben de handen ineengeslagen om samen met hun leden de komende jaren de patiëntveiligheid in ziekenhuizen sterk te vergroten.

Op 12 juni 2007 hebben deze partners het VMS Veiligheidsprogramma gepresenteerd en aan de Minister aangeboden die de doelstellingen heeft overgenomen en financiële ondersteuning biedt. Op 1 januari 2008 is het Programma officieel van start gegaan. Inmiddels participeren 93 ziekenhuizen in het VMS Veiligheidsprogramma.

1.2 Het doel van het programma

De doelstelling van het programma is:

50% reductie van onbedoelde vermijdbare schade

Om dat te bereiken doen de partners van het VMS Veiligheidsprogramma er alles aan om ziekenhuizen optimaal te ondersteunen met als doel op 31 december 2012:

- Alle ziekenhuizen hebben en gebruiken een gecertificeerd/geaccrediteerd veiligheidsmanagementsysteem (vms). Met een vms kunnen ziekenhuizen continu risico's signaleren en verbeteringen doorvoeren.
- Alle ziekenhuizen hebben de doelstellingen gehaald op 10 thema's. Die thema's zijn door de partners vastgesteld op basis van patiëntveiligheidsonderzoek van EMGO/Nivel naar vermijdbare schade en sterfte. Op deze gekozen thema's is veel winst te behalen.

1.3 Tien thema's

De 10 thema's waar het VMS Veiligheidsprogramma zich op richt zijn:

- Voorkomen van wondinfecties na een operatie
- Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis
- Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt
- Medicatieverificatie bij opname en ontslag
- Kwetsbare ouderen
- Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen
- Verwisseling van en bij patiënten
- High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia
- Vroege herkenning en behandeling van pijn
- Optimale zorg bij acute coronaire syndromen

Alle thema's zijn uitgewerkt in praktijkgidsen. Die zijn te vinden op www.vmszorg.nl of als boekje op te vragen bij het VMS Veiligheidsprogramma. Meer informatie over de 10 thema's en de daarbij behorende indicatoren vindt u ook in hoofdstuk 4.

1.4 De speerpunten tot 2012

Om ziekenhuizen te helpen de doelstellingen te bereiken per 31 december 2012 zijn er speerpunten per jaar opgesteld. Ziekenhuizen hebben ruimte om eigen prioriteiten te stellen. Het ziekenhuis kan zelf bijhouden hoe het staat met de voortgang met hulp van het evaluatie-instrument dat het VMS Veiligheidsprogramma biedt. De IGZ gebruikt de speerpunten die vanuit de partners van het VMS Veiligheidsprogramma zijn benoemd als referentiekader voor het inspectiebezoek. Zie bijlage 2. Met goede argumenten mogen ziekenhuizen afwijken van de speerpunten.

2010:

- Implementeren 8 thema's (naar eigen inzicht en keuze van het ziekenhuis)
- Verbeteren van de risico-inventarisaties

2011:

Het jaar 2011 staat in het teken van het voorbereiden van de certificatie/accreditatie in 2012 voor alle ziekenhuizen:

- Hoe functioneert totale veiligheidsmanagementsysteem conform de NTA
- Implementatie van alle thema's

2012:

De activiteiten in 2012 staan in het teken van het certificeren/accrediteren van het VMS en het behalen van de doelstellingen op de 10 thema's:

- De onderdelen van het veiligheidsmanagementsysteem zijn volledig opgenomen in de bedrijfsvoering en het functioneren van de zorgorganisatie.

Voorbeeld: Het uitvoeren van de prospectieve risico-inventarisaties behoort bijvoorbeeld tot het ziekenhuisbeleid of het analyseren van incidenten is gemeengoed op alle niveaus van de organisaties.

Uitgebreidere informatie over de speerpunten is te vinden in bijlage 2.

1.5 De rollen van ziekenhuizen en programmabureau

De 93 ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem en de implementatie van de interventies van de tien thema's.

Het landelijke VMS Veiligheidsprogramma ondersteunt de ziekenhuizen bij het halen van de doelstellingen.

Het programmabureau biedt ondersteuning in de vorm van trainingen, themaconferenties, tools, etc. Daarbij hoort ook het monitoren van de deelnemers. De ziekenhuizen krijgen zo inzicht en feedback over hoe ze ervoor staan.

1.6 Waarom deze gids?

Met deze gids wil het VMS Veiligheidsprogramma u inzicht geven in hoe het monitoren in de praktijk werkt. Welke indicatoren worden gebruikt en hoe worden ze gebruikt? Hoe en wanneer levert u gegevens aan?

In april 2009 verscheen de eerste versie van de Gids Monitoren. In die gids stonden de indicatoren van de eerste vier thema's vermeld. In deze gids staan ook de indicatoren van de zes overige thema's van het VMS Veiligheidsprogramma. De beschrijving van de thema's met de indicatoren vindt u in hoofdstuk 4. De speerpunten voor de komende jaren, die ook de Inspectie zal gebruiken, vindt u in bijlage 2. In bijlage 3 staat de planning voor het aanleveren van gegevens met de daarbij behorende deadlines.

De gedetailleerde uitwerking van de indicatoren (via factsheets), de praktijkgidsen van de thema's en de registratiemodule zijn beschikbaar op de website www.vmszorg.nl.

2 Monitoren: waarom?

Het is voor ziekenhuizen belangrijk om te weten of ze nog op koers liggen. Hoe gaat het? Waar bent u goed in? Waar zou u nog meer aandacht voor moeten hebben? Zijn er grote verschillen tussen afdelingen, disciplines binnen uw ziekenhuis? Hoe doen andere ziekenhuizen het en kunt u wellicht iets hebben aan de ervaringen in andere ziekenhuizen of uw expertise delen?

2.1 Wat levert het u op als ziekenhuis?

Ziekenhuizen die meedoen en gegevens aanleveren, krijgen niet alleen inzicht in hun eigen situatie maar kunnen zichzelf ook vergelijken met andere ziekenhuizen. De deelnemende ziekenhuizen krijgen gericht feedback op hoe ze bezig zijn met patiëntveiligheid, waar de knelpunten nog zitten en hoe het ziekenhuis het doet ten opzichte van andere ziekenhuizen.

Het gaat om cijfers op landelijk niveau en ze hebben zowel betrekking op de 10 thema's als op het veiligheidsmanagementsysteem. De indicatoren kennen 3 niveaus (structuur, proces en uitkomst). In de rapportages worden de cijfers daarom ook op 3 niveaus uitgelegd:

- Op structuurniveau betekent dat: voldoen we aan de basisvoorwaarden om de patiëntveiligheid te kunnen verbeteren?
- Op procesniveau: voeren we de interventies uit die belangrijk zijn?
- Op uitkomstniveau: wat leveren onze inspanningen op?

Een rapportage op procesniveau kunnen de ziekenhuizen elk kwartaal krijgen. Op structuur- en uitkomstniveau is dat jaarlijks.

Een ziekenhuis dat gegevens aanlevert kan na deze rapportage ook zelf verschillende benchmarks uitvoeren met behulp van de Themamonitor.

De gegevens worden binnen het VMS Veiligheidsprogramma vertrouwelijk behandeld en alleen in geaggregeerde vorm (de resultaten

van alle deelnemende ziekenhuizen tezamen) naar buiten gebracht. De gegevens zijn niet herleidbaar naar individuele ziekenhuizen. Het protocol hoe we omgaan met de data vindt u op <http://www.vmszorg.nl/Kenniscentrum/Dataprotocol>.

2.2 Het aanleveren van gegevens

Het verzamelen van gegevens over de thema's Post-operatieve wondinfecties en Lijnsepsis gebeurt via PREZIES, Ernstige sepsis gebeurt via NICE.

Voor de overige thema's kunnen ziekenhuizen gebruik maken van de Themamonitor, de speciaal voor dit doel ontwikkelde registratiemodule van het VMS Veiligheidsprogramma (zie www.vmszorg.nl).

De registratie van de indicatoren gebeurt op patiëntniveau, het aanleveren van de data gebeurt op ziekenhuisniveau.

Preciezere informatie over het aanleveren van gegevens vindt u in deze gids per thema in hoofdstuk 4. In bijlage 3 en 4 vindt u een overzicht van wanneer u wat moet aanleveren en hoe u dat moet doen per thema.

2.3 Het belang van betrouwbare gegevens

Wilt u als ziekenhuis werkelijk profijt hebben van het monitoren dan is het belangrijk om betrouwbare gegevens aan te leveren.

2.4 Wat doet het VMS Veiligheidsprogramma verder met de gegevens?

Met de gegevens blijft ook het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op de hoogte van de vorderingen en eventueel het publiek. Het VMS Veiligheidsprogramma rapporteert eenmaal per jaar aan het ministerie van VWS en stelt een rapportage beschikbaar aan andere belanghebbende partijen zoals de NPCF. Altijd gaat het daarbij om geaggregeerde gegevens die niet naar een individueel ziekenhuis zijn te herleiden.

Zie het dataprotocol op <http://www.vmszorg.nl/Kenniscentrum/Dataprotocol>

2.5 De rol van de inspectie bij het monitoren

De Inspectie voor de Gezondheidszorg volgt ook hoe het gaat met de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem en de 10 thema's. De IGZ zal daarvoor jaarlijks steekproefsgewijs 20 ziekenhuizen bezoeken. De ziekenhuizen die niet meedoen aan het VMS Veiligheidsprogramma worden apart bezocht. Via de inspectiebezoeken willen de inspecteurs een beeld krijgen van hoe het ziekenhuis omgaat met patiëntveiligheid. De inspecteurs kunnen hiervoor inzage vragen in de gegevens die verzameld worden binnen het VMS Veiligheidsprogramma en de manier waarop het ziekenhuis die voor interne sturing gebruikt. Hierbij

kan het gesprek ook gaan over hoe het ziekenhuis het doet ten opzichte van andere ziekenhuizen.

Als referentiekader gebruikt de IGZ de speerpunten die vanuit het VMS Veiligheidsprogramma zijn benoemd (bijlage 2). Ziekenhuizen kunnen hier met goede argumenten van afwijken. Dat is ook besproken met de IGZ. Ook kan de IGZ de ziekenhuizen vragen stellen over het gebruik van de COMPaZ-enquête. In het verslag van het inspectiebezoek zijn niet de cijfers terug te vinden die de inspecteur heeft gezien. Het verslag bevat wel een oordeel over het al dan niet voldoen aan de eisen voor verantwoorde zorg.



3 Hóe gebeurt het monitoren?

Er zijn verschillen tussen het monitoren van de 10 thema's en het monitoren van de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem.

3.1 Monitoren van de 10 thema's

Tien multidisciplinaire expertteams hebben de tien thema's van het VMS Veiligheidsprogramma inhoudelijk vorm gegeven.

De expertteams hebben voor elk thema een doelstelling geformuleerd en een aantal interventies waarmee de ziekenhuizen de doelstelling kunnen behalen.

Om de verbeteringen te kunnen monitoren, hebben de expertteams per thema indicatoren opgesteld. Daarmee is te toetsen hoe een ziekenhuis ervoor staat op een bepaald thema. Deze indicatoren vindt u in bijlage 1 van deze gids.

3.1.1. Twee vormen van registratie voor de 10 thema's

Het VMS Veiligheidsprogramma wil de last van het registreren zoveel mogelijk beperken. Waar mogelijk sluit het Programma daarom aan op registraties die al bestaan. Daarom is er bij het registreren onderscheid tussen thema's waarvoor al een registratiemethode bestaat en waarvoor dat nog niet het geval is.

3.1.1.1 Thema's met bestaande registratie

Bij het thema 'Voorkomen van wondinfecties na een operatie' (POWI) en 'Voorkomen van lijnsepsis' werkt VMS samen met PREZIES. Voor het thema 'Behandelen van ernstige sepsis' bestaat de registratiemethode NICE.

Beide registraties zijn aangepast voor het VMS Veiligheidsprogramma zodat ook de naleving geregistreerd kan worden. Het ziekenhuis voert de gegevens in beide registraties in op patiëntniveau. Het VMS Veiligheidsprogramma ontvangt van PREZIES en NICE een rapportage op landelijk geaggregeerd niveau.

Veel ziekenhuizen nemen deel aan surveillance door PREZIES.

Daardoor zijn er voor veel ingrepen landelijke gegevens beschikbaar. De referentiecijfers PREZIES uit 2007 gelden als nulmeting voor het VMS Veiligheidsprogramma.

PREZIES fungeert als onafhankelijke partij (TTP, Third Trusted Party) voor ziekenhuis infecties. PREZIES bewaakt door steekproeven dat alle patiënten die geregistreerd moeten worden, ook daadwerkelijk geregistreerd worden. Ook bewaakt PREZIES dat ziekenhuizen de juiste definities gebruiken.

Ook aan de registratie van NICE doen veel ziekenhuizen al mee. NICE bevat een continue en complete registratie van alle patiënten die zijn opgenomen bij een van de deelnemende intensive cares. Doel hiervan is om de kwaliteit van de geneeskunde op de intensive cares te bewaken en te bevorderen.

Doet u nog niet mee aan de registraties van PREZIES en/of NICE?

Dan raadt het VMS Veiligheidsprogramma u aan om dit te gaan doen. Wilt u dat niet? Neem dan contact op met het VMS Veiligheidsprogramma.

3.1.1.2 Themamonitor

Voor de overige thema's van het VMS Veiligheidsprogramma is geen bestaande registratie. Daarom heeft het VMS Veiligheidsprogramma de Themamonitor ontwikkeld. Meer informatie over de Themamonitor vindt u op www.vmszorg.nl.

3.1.2 Veiligheidsindicatoren die de IGZ gebruikt

De IGZ heeft samen met NVZ, NFU, Orde, V&VN en LEVV een beperkte set veiligheidsindicatoren geformuleerd om toezicht te houden. Deze zijn afgeleid van de indicatoren uit het VMS Veiligheidsprogramma. De set indicatoren geeft de IGZ een indruk in welke mate ziekenhuizen werken aan de

thema's van het VMS Veiligheidsprogramma. De IGZ heeft de indicatoren uitgegeven in een aparte uitgave 'Indicatoren veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen' (januari 2010). De IGZ publicatie is beschikbaar op www.igz.nl.

3.2 Monitoren van het veiligheidsmanagementsysteem

Het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem is binnen de ziekenhuizen in volle gang. Alle ziekenhuizen zijn aan de slag met alle of enkele elementen van een veiligheidsmanagementsysteem. Het monitoren van het gehele VMS gebeurt met het evaluatie-instrument. Dit evaluatie-instrument is gebaseerd op de NTA 8009:2007. Voor een ziekenhuisbreed veiligheidsmanagementsysteem is de cultuur binnen een ziekenhuis heel bepalend. Daarom is binnen het VMS Veiligheidsprogramma ook een cultuurmeting beschikbaar.

3.2.1 Het evaluatie-instrument

Jaarlijks vraagt VMS de deelnemende ziekenhuizen om het Evaluatie-instrument in te vullen. Met dat instrument krijgt u voor uw ziekenhuis scherp in beeld hoe ver u bent met het implementeren van de onderdelen uit de NTA 8009:2007.

Deze digitale enquête wordt deels ingevuld op ziekenhuisniveau en deels door alle afdelingsmanagers van een ziekenhuis. Dit instrument bestaat uit drie onderdelen:

- Implementatie NTA 8009:2007;
- Mate van implementatie van de tien thema's van het VMS Veiligheidsprogramma;
- Overige activiteiten uit het veiligheidsmanagementsysteem.

Het instrument is beschikbaar via de website van www.vmszorg.nl.

U kunt als ziekenhuis zelf bepalen in welk kwartaal u het onderzoek wilt doen. Ieder jaar krijgt u dan een uitnodiging om in datzelfde kwartaal het onderzoek te herhalen.

3.2.2 Cultuurmeting

De veiligheidscultuur binnen een ziekenhuis is heel bepalend voor het verbeteren van de patiëntveiligheid. In 2009 heeft een deel van de ziekenhuizen de veiligheidscultuur gemeten met COMPaZ-enquête.

Deze cultuurenquête heeft twee doelen:

- De ziekenhuizen kunnen de resultaten gebruiken om concrete acties te formuleren op het gebied van cultuur.
- Het geeft de mogelijkheid om op landelijk niveau in kaart te brengen hoe de (veiligheids-)cultuur binnen de Nederlandse ziekenhuizen is.

Deze COMPaZ-enquête zal nog een keer herhaald worden.

U kunt als ziekenhuis ook op eigen initiatief de meting op afdelingsniveau uitzetten. Ook is het een handig middel om te kijken wat voor effecten de interventies uit het VMS Veiligheidsprogramma hebben op de veiligheidscultuur in uw ziekenhuis.

De COMPaZ-enquête is beschikbaar via www.vmszorg.nl.

4 De 10 thema's met indicatoren

De tien thema's van het VMS Veiligheidsprogramma zijn overzichtelijk en praktisch uitgewerkt in praktijkgidsen. Hieronder treft u een algemene beschrijving van het thema, de doelstelling, de interventies en de indicatoren die door de expertteams zijn ontwikkeld. De volledige informatie vindt u op www.vmszorg.nl.

4.1. Voorkomen van wondinfecties na een operatie

Iedere patiënt die geopereerd wordt, heeft kans op een wondinfectie als gevolg van de ingreep. Postoperatieve wondinfecties (POWI's) zijn één van de meest voorkomende complicaties bij patiënten die een operatie hebben ondergaan in het ziekenhuis. Een POWI veroorzaakt voor de patiënt onnodig veel pijn, angst en ongemak. POWI's zorgen altijd voor een langere opnameduur, vaak voor heropnames en heroperaties en daardoor voor een aanzienlijke toename in de kosten (Kirkland 1999, Perencevich 2003). Een POWI is niet altijd te vermijden, maar de grote spreiding in infectiepercentages in Nederland geeft aan dat het ene ziekenhuis de infectierisico's beter onder controle heeft dan het andere ziekenhuis. Dit betekent dat binnen de Nederlandse ziekenhuizen nog veel verbetering mogelijk is.

4.1.1 Interventies

Het expertteam 'Voorkomen van wondinfecties na een operatie' heeft voor het VMS Veiligheidsprogramma een bundel van vier interventies gedefinieerd waarvan de effectiviteit bewezen is. Ook de naleving is objectief meetbaar. De vier interventies zijn:

- *Hygiënediscipline*

De relatie tussen een toename van het aantal personen op de OK en een toename van het aantal micro-organismen in de lucht is evident. Het expertteam acht het dan ook zinvol het aantal deurbewegingen tot een minimum te beperken. De discussie rond het beperken van in- en uitlopen draagt bij aan een attitudeverandering.

- *Antibioticaprofylaxe*

Alle patiënten die geopereerd worden en waarvoor antibioticaprofylaxe is geïndiceerd, dienen het juiste middel op het juiste tijdstip toegediend te krijgen. De vastgestelde norm voor de toediening van antibioticaprofylaxe is 15-60 minuten voor incisie (of bloedleegte).

- *Niet preoperatief ontharen*

Door preoperatief ontharen met een scheermes kunnen huidbeschadigingen optreden, waardoor een infectierisico ontstaat. Bij elke patiënt die geopereerd wordt, dient de chirurg te bepalen of het operatiegebied onthaard moet worden om operatietechnische redenen.

- *Perioperatieve normothermie*

Bij elke patiënt die geopereerd wordt, is het belangrijk om in de perioperatieve periode hypothermie te voorkomen. Door normothermie bij geopereerde patiënten te handhaven, verkleint het risico op infecties. Bij een juiste temperatuurregulatie dient de eerste temperatuurmeting op de recovery tussen de 36 en 38 graden te liggen.

4.1.2 Toelichting indicatoren

Met de interventies wil het VMS Veiligheidsprogramma POWI's voor de geselecteerde indicatoroperaties zorgen dat 25% van de ziekenhuizen een lager infectiepercentage had dan het 25ste percentiel (referentiecijfers PREZIES, 2007). Als uitkomstindicator gebruiken we het percentage POWI's.

Voor het VMS Veiligheidsprogramma kiest u uit de lijst met indicatoroperaties minimaal 5 ingrepen, verdeeld over tenminste 3 specialismen. Deze operaties neemt u de komende vier jaar op in de incidentiemodule POWI van PREZIES.

De uitkomst van de surveillance is niet bruikbaar voor interpretatie wanneer deze is gebaseerd op te weinig waarnemingen. Het is daarom raadzaam de gekozen operaties gedurende het hele VMS Veiligheidsprogramma continu te volgen.

Surveillance patiënten worden ook gedurende

een periode na ontslag gevolgd, het is dus te verwachten dat de infectiecijfers als uitkomstmaat pas na anderhalf jaar bekend zijn. Het is daarom van belang dat u streeft naar het doel op procesniveau: bij 90% van de operatiepatiënten een volledige naleving van de POWI-interventiebundel. De POWI module van PREZIES is aangepast zodat ook de naleving van de bundel geregistreerd kan worden. U hoeft de gegevens niet apart aan te leveren aan het VMS Veiligheidsprogramma.

4.2. Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt

Verschillende studies tonen aan dat patiënten vaak voorafgaand aan hun circulatiestilstand signalen en symptomen van lichamelijke instabiliteit laten zien. Door op de eerste signalen van klinische achteruitgang te reageren, wordt de kans op overleven vergroot.

- 70% van de patiënten heeft ademhalingsproblemen binnen 8 uur voor de circulatiestilstand (Schein 1990).
- 66% van de patiënten heeft 6 uur voor de circulatiestilstand abnormale symptomen en de arts is van 25% van deze patiënten op de hoogte gesteld (Franklin 1994).
- Uit ander onderzoek blijkt dat verschillende verschijnselen zich binnen 6 uur voorafgaand aan de instabiliteit vertonen, te weten (Franklin 1994):
 - Bloeddruk <70 en >130 mmHg
 - Hartfrequentie <45 en >125 per minuut
 - Ademfrequentie <10 en >30 per minuut
 - Bewustzijnsverandering

Deze verschijnselen vormen de basis van de *Early Warning Score* criteria.

4.2.1 Interventies

De focus voor het thema 'vitaal bedreigde patiënt' ligt allereerst op de implementatie van een Spoed Interventie Systeem in de Nederlandse ziekenhuizen. De verwachting is dat het Spoed Interventie Systeem een reductie kan bewerkstelligen van onbedoelde schade.

Het is essentieel dat het ziekenhuis beschikt over een Spoed Interventie Systeem met daarin:

- *Een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt.*

Door het gebruik van bepaalde alarmsignalen en -systemen kunnen vitaal bedreigde patiënten vaak al in een vroeg stadium worden geïdentificeerd. Dergelijke systemen maken gebruik van periodieke observatie van vitale parameters als alarmsignaal (tracking) met vooraf bepaalde criteria (trigger) voor het invoeren van hulp.

- *Een Spoed Interventie Team (SIT).*

Een SIT is een team van zorgverleners dat de deskundigheid van acute zorg bij de patiënt brengt. Bij een oproep zorgt het SIT dat het snel ter plekke is. Op deze manier ontvangt de vitaal bedreigde patiënt vroegtijdige behandeling.

- *Een evaluatiesysteem waarin de oproep wordt geëvalueerd met de 'activator'.*

Van een SIT-oproep en -behandeling van de patiënt kunt u veel leren. Daarom is het belangrijk dat het SIT de oproep bespreekt met de betrokken medewerkers van de afdeling om te zorgen dat de betrokken medewerkers de volgende keer een dergelijke situatie eerder herkennen en dan weten wat zij moeten doen.

4.2.2 Toelichting indicatoren

Het thema 'vitaal bedreigde patiënt' heeft als doelstelling dat voor december 2012 de implementatie van het Spoed Interventie Systeem landelijk is gerealiseerd.

De structuurindicatoren zijn:

- 1 Registreert uw ziekenhuis structureel reanimaties?
- 2 Beschikt uw ziekenhuis over een signaleringssysteem voor de herkenning van de vitaal bedreigde patiënt?
- 3 Beschikt uw ziekenhuis over een SIT?
- 4 Beschikt uw ziekenhuis over een scholings- en evaluatiesysteem?

De procesindicatoren zijn:

- Het aantal malen dat een SIT wordt opgeroepen per 1000 ontslagen patiënten.
- Het aantal reanimaties op de verpleegafdelingen per 1000 ontslagen patiënten.

De meetgegevens levert u een keer per kwartaal aan bij het VMS Veiligheidsprogramma via de Themamonitor (beschikbaar via www.vmszorg.nl). In de praktijkgids is ook een aantal indicatoren benoemd voor intern gebruik in het ziekenhuis. De uitkomsten hiervan hoeft u niet te rapporteren aan het VMS Veiligheidsprogramma.

4.3 Medicatieverificatie bij opname en ontslag

Uit onderzoek van het Nivel (Wagner 2008) blijkt dat veel incidenten in de zorg gerelateerd zijn aan medicatie. Ondanks het feit dat een medicatie-incident niet altijd te vermijden is, geeft de uitkomst van onderzoek (Van den Bemt 2002) naar fouten met geneesmiddelen binnen de Nederlandse ziekenhuizen aan dat verbetering zeker mogelijk is. Incomplete medicatieoverzichten bij ziekenhuisopname zijn de oorzaak van bijna 27% van alle voorschrijffouten in het ziekenhuis (Dobrzanski 2002).

4.3.1 Interventies

Medicatieverificatie wordt gezien als een proces om potentiële schade terug te dringen bij verandering in medicatiegegevens, het ontbreken van gegevens of de overdracht van de ene zorgsetting naar de andere. De aandacht binnen het VMS Veiligheidsprogramma richt zich op de transmurale overdracht van medicatiegegevens van de patiënt.

Bij opname gaat het (in eerste instantie) om geplande opnames. Bij ontslag gaat het om ontslagen patiënten die gepland zijn opgenomen en waarvan de medicatiegegevens worden overgedragen naar de huisarts, de openbare apotheek en andere zorginstellingen.

Het expertteam heeft de volgende inter-

venties vastgesteld:

Medicatieverificatie bij opname:

- Opvragen van een afleveroverzicht bij de openbare apotheek.
- Voeren van een medicatiegesprek bij opname door een geschoold medewerker.
- Opstellen van een actueel medicatieoverzicht.

Medicatieverificatie bij ontslag:

- Opstellen van een actueel medicatieoverzicht aan de hand van gegevens van de ziekenhuisapotheek, het medisch- en verpleegkundig dossier.
- Uitschrijven van ontslagreceptuur en autorisatie door de hoofdbehandelaar.
- Voeren van medicatiegesprek bij ontslag door een geschoold medewerker.
- Overdracht van een actueel medicatieoverzicht, ontslagreceptuur, evenals informatie over gestaakte en gewijzigde medicatie en de reden daarvoor, naar de openbare apotheek, huisarts en andere zorginstellingen.

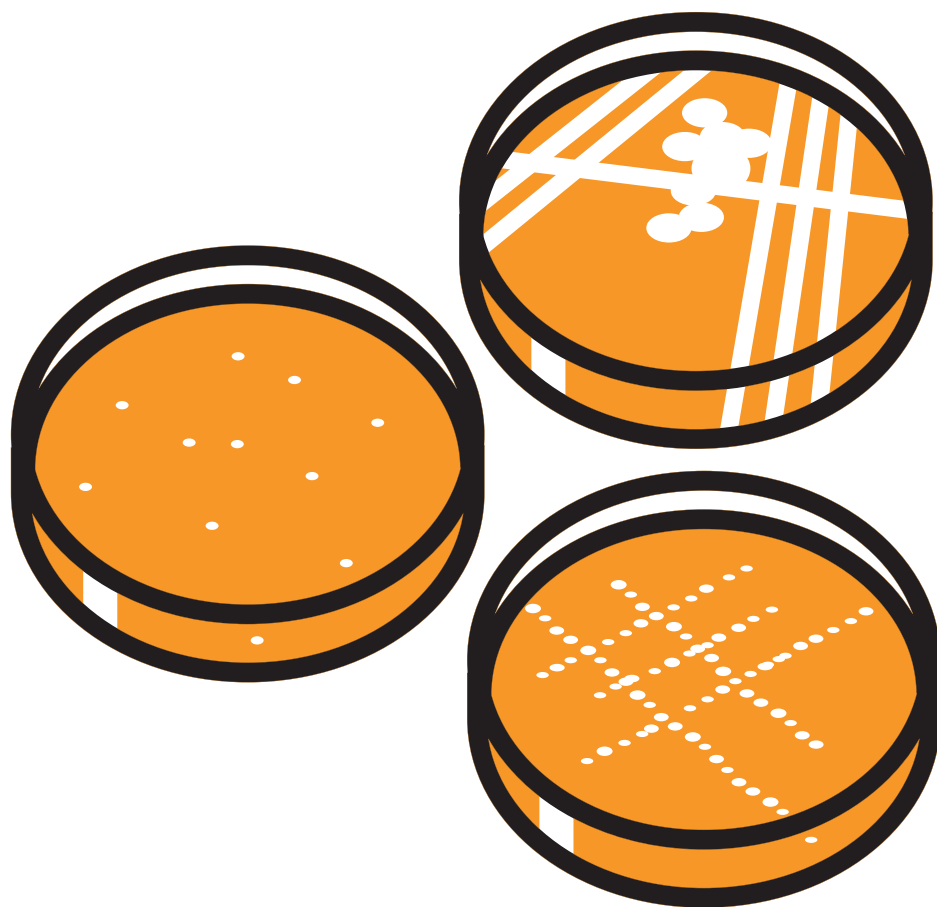
4.3.2. Toelichting indicatoren

Het thema 'medicatieverificatie bij opname en ontslag' heeft als doel dat bij iedere patiënt bij opname en ontslag medicatieverificatie plaatsvindt.

De procesindicatoren zijn:

- Het percentage patiënten waarbij bij opname de medicatie is geverifieerd.
- Het percentage patiënten waarbij bij ontslag de medicatie is geverifieerd.

De naleving van de interventies meet u bij voorkeur continu bij iedere geplande opname. De expertgroep adviseert om in eerste instantie gedurende elk kwartaal twee weken alle gepland opgenomen patiënten te meten. De meetgegevens levert u een keer per kwartaal aan bij het VMS Veiligheidsprogramma via de Themamonitor (beschikbaar via www.vmszorg.nl).



4.4. Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis

Bij het thema 'sepsis' is de grootste winst te behalen bij het voorkomen van lijnsepsis en de optimale en tijdige behandeling van ernstige sepsis.

4.4.1 Lijnsepsis

Lijnsepsis is een in de praktijk veel gebruikte term die staat voor een infectie van een intravasculaire katheter. De meeste infecties treden op bij het gebruik van centraal veneuze katheters (CVK's). Een centraal veneuze kathetergerelateerde infectie kan ernstig verlopen en aanleiding geven tot een sepsis. In de dagelijkse praktijk noemen we dit een lijnsepsis. Lijnsepsis komt het meest

voor bij het gebruik van centraal veneuze katheters, die gedurende een beperkt aantal dagen in situ zijn, zoals subclavia- en jugulariskatheters. Ervaringen in het buitenland (Pronovost 2006, www.IHI.org, www.saferhealthcarenow.ca) laten zien dat gerichte interventies de frequentie van lijnsepsis bij deze katheters sterk kan doen dalen.

(Lijn)sepsis is een acute levensbedreigende aandoening, die onmiddellijk ingrijpen vereist.

De kans om aan lijnsepsis te overlijden, is sterk afhankelijk van het onderliggend lijden van de patiënt, de veroorzakende micro-organismen en de ingestelde (antibiotica) behandeling.

4.4.1.1 Interventies

De zes interventies waarmee u lijnsepsis in veel gevallen kunt voorkomen, zijn:

1 Selectie van de optimale katheterplaats

De volgorde van voorkeur, op basis van infectiepreventie, is: 1) V. subclavia; 2) V. jugularis; 3) V. femoralis.

2 Desinfectie van de huid met chloorhexidine

Voor het inbrengen van een CVK desinfecteert u de insteekplaats met 0,5% chloorhexidine in 70% alcohol.

3 Handhygiëne

Een goede handhygiëne en het niet dragen van (hand)sieraden.

4 Maximale voorzorgsmaatregelen bij insertie

5 Dagelijkse controle op juistheid indicatie

Elke dag dat een CVK in situ is, loopt de patiënt het risico op een lijnsepsis. De CVK moet zo snel mogelijk worden verwijderd als de indicatie voor het gebruik is vervallen. Dagelijkse beoordeling is belangrijk.

6 Controleren van de insteekopening op ontstekingsverschijnselen

Het dagelijks controleren van de insteekopening op ontstekingsverschijnselen maakt vroegtijdige herkenning van een lokale infectie van de insteekopening mogelijk. U dient het CVK zo snel mogelijk te verwijderen, wanneer pus bij de insteekopening zichtbaar is (Richtlijn Intravasale therapie, WIP 2006).

4.4.1.2 Toelichting indicatoren

De hoofddoelstelling van het thema is het optreden van lijnsepsis te verminderen tot < 3 gevallen van lijnsepsis per 1000 katheterdagen. Het streven is:

Excellent	< 3 gevallen van lijnsepsis per 1.000 katheterdagen
Acceptabel	3-5 gevallen van lijnsepsis per 1.000 katheterdagen
Onacceptabel	> 5 gevallen van lijnsepsis per 1.000 katheterdagen

Uit een recente, grote studie blijkt dat met de interventies uit het VMS Veiligheidsprogramma programma, het gemiddeld aantal gevallen van lijnsepsis per 1000 katheterdagen is gedaald van 7,7 naar 1,4 (Pronovost 2006). De naleving van een bundel meten we als totaalpakket ('alles of niets'). Het expertteam is van mening dat een hoge naleving van de bundel mogelijk moet zijn bij electief ingebrachte CVK's. Het streven is dat de bundel bij tenminste 90% van al deze CVK's correct wordt toegepast. Bij spoedgevallen is de naleving van de bundel wellicht niet altijd haalbaar.

De registratie van het onderdeel lijnsepsis vindt plaats in PREZIES. De lijnsepsis module van PREZIES is aangepast zodat ook de naleving van de bundel geregistreerd kan worden.

4.4.2 Ernstige sepsis

Sepsis is de belangrijkste doodsoorzaak op de IC. Jaarlijks overlijden in ons land naar schatting 3.500 patiënten ten gevolge van sepsis. De stijging van het aantal patiënten met ernstige sepsis en septische shock is wereldwijd 1-2% per jaar en heeft grote gevolgen voor de behoefte aan IC capaciteit en de inrichting van de gezondheidszorg. Sepsis is een gegeneraliseerde ontstekingsreactie veroorzaakt door een infectie. Daar is sprake van als er meer dan twee van de volgende symptomen zijn:

- 1 temperatuur >38 of <36 °C
- 2 hartfrequentie >90/min
- 3 ademprequentie >20/min
- 4 leukocyten >12 of <4 x10⁹/L.

De aanduiding ernstige sepsis hanteren we als het ziektebeeld gepaard gaat met orgaan-disfunctie en hypoperfusie. Septische shock is gedefinieerd als sepsisgeïnduceerde hypotensie ondanks adequate volumeresuscitatie.

4.4.2.1 Interventies

Vooraf vroeger diagnostiek en behandeling van ernstige sepsis lijkt voor een betere overleving te zorgen. (Annane 2002, Kumar 2006, Rivers

2001, Van den Berghe 2001, Van den Berghe 2006 en The Acute Respiratory Distress Syndrome Network 2000).

Om de vroege diagnostiek en behandeling van ernstige sepsis te verbeteren en daarmee de mortaliteit te reduceren, werd in 2002 de internationale Surviving Sepsis Campaign (SSC) gelanceerd. Het expertteam heeft de interventies in bundels overgenomen van de SSC. Omdat er geen nationale richtlijnen zijn, heeft het expertteam de laatste versie van de gereviseerde internationale richtlijnen overgenomen.

Op onderdelen waar wel Nederlandse richtlijnen bestaan, wordt daarnaar verwezen. De expertgroep heeft voor de resuscitatie- en managementbundel acroniemen opgesteld om de bundelelementen makkelijker te onthouden.

Resuscitatiebundel (**BAL VVV**)

- **B**loedkweken
- **A**ntibiotica
- **L**actaat
- **V**eneuze saturatie (centraal)
- **V**ullingstatus optimaliseren
- **V**asopressoren

Managementbundel (**PANG**)

- **P**rotectieve beademing
- **A**ctivated proteïne C (aPC)
- **N**ormoglycemie
- **G**lucocorticoiden

Elke acute patiënt moet bij opname op de ic gescreend worden op (ernstige) sepsis. De resuscitatiebundel bevat zowel diagnostische als behandelingsstrategieën.

De diagnostische strategie bestaat uit afname van kweken en evaluatie van mogelijke hypoperfusie van organen door het lactaat en de centraal veneuze saturatie (ScVO₂) te meten. De behandelingsstrategie bestaat uit het zo snel mogelijk toedienen van antibiotica (na kweken) en het optimaliseren van de macro- en microcirculatie, onder andere door

de vullingstatus, bloeddruk en oxygenatie te verbeteren. De resuscitatiebundel moet u zo snel mogelijk toepassen, in ieder geval binnen 6 uur na het optreden van ernstige sepsis. Ook de managementbundel dient u zo snel mogelijk toe te passen, maar in ieder geval uiterlijk binnen 24 uur na het optreden van ernstige sepsis. Verdere uitleg over de interventies zijn na te kijken in de praktijkgids over dit thema.

4.4.2.2 Toelichting indicatoren

Doelen voor december 2012:

- 15 procent minder ziekenhuissterfte aan ernstige sepsis
- 15 procent minder sterfte aan ernstige sepsis binnen 30 dagen na diagnose ernstige sepsis.

Metingen op procesniveau geven een goed beeld van de naleving van de verschillende interventies in de dagelijkse praktijk en maken het mogelijk snel maatregelen te treffen als de naleving onvoldoende is. De procesindicator is het percentage patiënten van 18 jaar en ouder dat bij opname op de IC is gescreend en het percentage patiënten van 18 jaar en ouder die zijn opgenomen op de IC met ernstige sepsis waarbij de elementen van de bundel zijn toegepast.

Het streven is om ieder element (X) van de resuscitatie- en managementbundel bij minimaal 80% van de patiënten met ernstige sepsis toe te passen. Het gaat hierbij om toepassing van elk van de tien bundelelementen afzonderlijk.

Metingen op uitkomstniveau geven een goed beeld van het effect van de toegepaste interventies. Bij onderstaande uitkomstindicatoren rekenen we per patiënt slechts de eerste episode van ernstige sepsis mee. De uitkomstindicator is het percentage patiënten van 18 jaar en ouder opgenomen op de IC met ernstige sepsis die gedurende de ziekenhuisopname zijn overleden en het percentage patiënten van 18 jaar en ouder opgenomen



op de IC met ernstige sepsis die binnen 30 dagen na diagnose zijn overleden. Het registreren van een patiënt met ernstige sepsis gebeurt in samenwerking met de Stichting Nederlandse Intensive Care Evaluatie (NICE). Binnen de NICE-registratie zal het mogelijk zijn om per patiënt de naleving van de bundels te registreren. U hoeft de gegevens niet apart aan te leveren aan het VMS Veiligheidsprogramma.

4.5 Kwetsbare ouderen

Een ziekenhuisopname is voor kwetsbare oudere patiënten risicovol vanwege hun verhoogde kans op complicaties, zoals een infectie, ondervoeding, delirium, decubitus, bijwerking van medicatie of een val. Veel van deze complicaties hebben functionele en/of cognitieve achteruitgang van de oudere patiënt tot gevolg. Bij een grote groep ouderen die opgenomen is in het ziekenhuis,

ontstaat onherstelbaar functieverlies als gevolg van deze complicaties tijdens opname: de literatuur meldt percentages van 30 tot 60%. Functieverlies betekent dat mensen na een ziekenhuisopname blijvend minder goed in staat zijn om zelfstandig activiteiten te verrichten. Dit leidt in het dagelijkse leven tot een grotere afhankelijkheid waardoor de zelfredzaamheid en het zelfstandig wonen worden bedreigd.

Het is mogelijk om deze complicaties te voorkomen en hiermee het functioneren en de overlevingskansen van kwetsbare patiënten te vergroten door:

- Het vroegtijdig identificeren van aanwezige risico's.
- Het inzetten van een combinatie van preventieve acties.
- Het leveren van op ouderen afgestemde kwalitatief hoge (basis)zorg gedurende de gehele opname. (Inouye 2000)

4.5.1 Interventies

Het expertteam heeft de volgende interventies beschreven in de praktijkgids:

- Screeningsinterventies voor het identificeren van de risico's op delirium, vallen, ondervoeding, fysieke beperkingen.
- Preventieve en behandelinterventies om deze vier geriatrische problemen, die worden geassocieerd met functieverlies, zoveel mogelijk te beperken.
- Een individueel zorg- en behandelplan dat aansluit bij de geïdentificeerde geriatrische problemen kan helpen het ontstaan van de problemen te voorkómen, de ernst en duur te reduceren en (onherstelbaar) functieverlies te beperken.
- Het advies aan de ziekenhuizen is om een specialistisch team beschikbaar te hebben. Het team kan bestaan uit een geriater, verpleegkundig specialist geriatricie, fysiotherapeut en/of ergotherapeut, diëtist en psycholoog.

4.5.2 Toelichting indicatoren

Het expertteam heeft voor het thema 'Kwetsbare ouderen' de volgende doelstelling geformuleerd:

In 2012 wordt de screeningsbundel bij alle klinische patiënten van 70 jaar en ouder volledig toepast en worden op alle geconstateerde risico's preventieve en behandelinterventies ingezet, met als uiteindelijke doel voorkómen dat bij patiënten van 70 jaar en ouder door een ziekenhuisopname (onherstelbaar) functieverlies optreedt.

De procesindicator is:

Het percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder waarbij de screeningsbundel volledig is toegepast.

Bij voorkeur meet u de procesindicator continu, maar er kan ook steekproefsgewijs gemeten worden. Het VMS Veiligheidsprogramma vraagt om vier keer per jaar gedurende een dag bij alle klinische patiënten van 70 jaar en ouder de genoemde indicatoren te meten.

De meetgegevens levert u een keer per kwartaal aan bij het VMS Veiligheidsprogramma via de Themamonitor (beschikbaar via www.vmszorg.nl)

4.6 Optimale zorg bij acute coronaire syndromen

De tekst over ACS wordt toegevoegd na publicatie van de praktijkgids 'Optimale zorg bij acute coronaire syndromen' (Verwacht begin maart 2010).

4.7 Vroege herkenning en behandeling van pijn

Tweederde van de patiënten in ziekenhuizen ervaart pijn. Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele beleving. Pijn is datgene wat de patiënt zegt dat pijn is en treedt op als de patiënt zegt dat deze optreedt. Daarmee kan alleen de patiënt aangegeven of en hoeveel pijn hij heeft.

Onderzoek laat zien dat 40-75% van de patiënten matige tot ernstige pijn (pijnscore ≥ 4) aangeeft in de postoperatieve fase. Pijn is een van de meest voorkomende redenen voor een bezoek aan de SEH. Tussen de 50 en 80% van de patiënten op de SEH hebben matige tot ernstige pijn. Van de patiënten met kanker heeft een kwart matige tot ernstige pijn. Uit onderzoek blijkt dat pijn nog steeds te weinig herkend en behandeld wordt. Er zijn verschillende richtlijnen over pijn geschreven, bijvoorbeeld de richtlijn postoperatieve pijnbehandeling en de richtlijn pijn bij kanker. Hoewel deze richtlijnen veel op elkaar lijken, zijn er ook verschillen in inhoud en werkwijze. In de praktijkgids 'Vroege herkenning en behandeling van pijn' heeft het expertteam een eenduidige werkwijze voor pijnmeting en pijnbehandeling geformuleerd die ziekenhuisbreed toepasbaar is.

4.7.1 Interventies

Namens het VMS Veiligheidsprogramma heeft het expertteam 'Vroege herkenning en behandeling van pijn' op basis van richtlijnen, literatuur en nationale 'good practices' een aantal interventies vastgesteld:

- 1 Vraag standaard driemaal per dag naar pijn op dit moment. Meet de pijn met de Numerical Rating Scale (NRS).
- 2 Registreer de pijnscores in het elektronisch patiëntendossier (EPD) of het verpleegkundig dossier.
- 3 Pas bij een pijnscore van 4 of hoger, of wanneer de patiënt door pijn wordt gehinderd in zijn functioneren, pijnbehandeling toe volgens protocol.
- 4 Geef patiëntenvoorlichting en betrek de patiënt bij zijn of haar behandeling.

Daarnaast is het van groot belang om periodieke scholing te organiseren over pijnmeting en pijnbehandeling voor (nieuwe) medewerkers.

4.7.2 Toelichting indicatoren

Voor dit thema heeft het expertteam de volgende doelstelling geformuleerd: Het verminderen van onnodig lijden door pijn bij iedere volwassen patiënt opgenomen in het ziekenhuis of op de Spoedeisende Hulp door vroege herkenning en behandeling van pijn.

Doelstellingen op procesniveau:

- Op 31 december 2012 wordt 90% van de gestandaardiseerde pijnmetingen bij klinische patiënten op de verpleegafdelingen daadwerkelijk uitgevoerd.
- Tevens vinden bij 100% van de volwassen patiënten die zich melden op de SEH gestandaardiseerde pijnmetingen plaats.
- Tevens heeft minder dan 5% van de volwassen postoperatieve patiënten op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie (gemeten volgens de IGZ-indicator).
- Tevens heeft minder dan 10% van de klinische patiënten met kanker matige of ernstige pijn (gemeten volgens de indicator van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen).

Structuurindicatoren:

Heeft uw ziekenhuis een protocol voor de

behandeling van:

- a. acute pijn/post-operatieve pijn;
- b. pijn op de SEH;
- c. pijn bij kanker?

Heeft uw ziekenhuis het afgelopen jaar (minimaal) eenmaal een gezamenlijke ziekenhuisbrede scholing over pijnmeting en pijnbehandeling voor artsen en verpleegkundigen georganiseerd?

Procesindicatoren:

- Percentage uitgevoerde gestandaardiseerde pijnmetingen bij klinische patiënten op de verpleegafdelingen
- Percentage patiënten op de SEH bij wie bij triage en ontslag een gestandaardiseerde pijnmeting is uitgevoerd en geregistreerd

Uitkomstindicatoren:

- Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie. (= indicator IGZ Posteroperatieve pijn)
- Percentage klinische patiënten met kanker met matige of ernstige pijn. (= indicator Zichtbare Zorg Ziekenhuizen Pijn bij kanker)

Bij voorkeur meet u de bovenstaande indicatoren continu. Als dit (nog) niet mogelijk is, kunt u elk kwartaal een steekproef nemen: kies voor de eerste procesindicator één dag per kwartaal. Alle patiënten die op die dag op de verpleegafdeling liggen, vallen in de steekproef. Verzamel van deze patiënten alle geregistreeerde pijnscores van de gehele opnameperiode tot dat moment (dus retrospectief). Bereken daarmee de indicator.

De procesindicatoren en de uitkomstindicatoren dient u één keer per kwartaal te rapporteren aan het VMS Veiligheidsprogramma, de structuurindicatoren en uitkomstindicatoren één keer per jaar. U kunt de resultaten van uw ziekenhuis vergelijken met de geanonimiseerde resultaten van andere ziekenhuizen.

4.8 High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia

Uit de Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR), waar de foutmeldingen met geneesmiddelen van vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen worden aangemeld, blijkt dat de meeste medicatiefouten worden gemeld bij parenteralia. Dit zijn alle geneesmiddelen die worden geïnjecteerd. Deze geneesmiddelen brengen een hoog risico op schade met zich mee. Uit de analyse van de CMR blijkt verder dat 46% van de 4328 in 2008 gemelde medicatiefouten plaatsvindt tijdens het toedienproces. Het aantal geregistreerde fouten bij het voor toediening gereed maken van medicatie ligt aanzienlijk lager (6%) als gevolg van onderrapportage.

4.8.1 Interventies

Wil een ziekenhuis het aantal medicatiefouten reduceren dan zal zij systematisch, specifieke interventies moeten inzetten. Bij het klaarmaken van parenteralia in niet-acute situaties, spelen de volgende facetten een belangrijke rol:

- 1 controleren van het voorgeschreven geneesmiddel;
- 2 maken en invullen van toedienetiket;
- 3 berekenen van benodigde hoeveelheden geneesmiddelen;
- 4 desinfecteren van handen en werkblad en toepassen van hygiënemaatregelen;
- 5 verzamelen en klaarleggen van de benodigde materialen;
- 6 klaarmaken van het geneesmiddel;
- 7 paraferen van het toedienetiket;
- 8 controleren door tweede persoon;
- 9 paraferen van het toedienetiket door tweede persoon.

Bij het toedienen van parenteralia in niet-acute situaties, spelen de volgende facetten een belangrijke rol:

- 1 controleren van het voorgeschreven geneesmiddel;
- 2 voorbereiden van de toediening;

- 3 verzamelen en klaarleggen van benodigde materialen en controleren van het toedienetiket;
- 4 identificeren van de patiënt;
- 5 controleren door tweede persoon;
- 6 desinfecteren van handen en toepassen van hygiënemaatregelen;
- 7 aansluiten
- 8 evalueren

Voor acute situaties wordt een aangepast stappenplan gehanteerd en wordt closed-loop communicatie geadviseerd.

4.8.2 Toelichting indicatoren

Het doel voor dit thema: het reduceren van medicatiefouten bij het proces van klaarmaken en toedienen van parenteralia waardoor schade aan de patiënt wordt voorkomen.

De structuurindicator:

Heeft u dit verslagjaar alle medicatiefouten die werden gemeld in uw interne incidentmeldingssysteem, gemeld aan de Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR) databank?

Procesindicatoren:

- Percentage correct uitgevoerde handelingen op het gebied van klaarmaken
- Percentage correct uitgevoerde handelingen op het gebied van toedienen
- Percentage parenteralia dat centraal in de apotheek wordt klaargemaakt

Ideaal gezien zou bij iedere patiënt die parenterale geneesmiddelen krijgt de naleving van de interventies geregistreerd moeten worden. Gezien de grote hoeveelheid patiënten adviseert het expertteam om gedurende elk kwartaal een steekproef te nemen. De procesindicatoren dient u één keer per kwartaal te rapporteren aan het VMS Veiligheidsprogramma, de structuurindicator één keer per jaar.

4.9 Verwisseling van en bij patiënten

Er zijn geen exacte Nederlandse cijfers bekend die de omvang aangeven van verwisseling van en bij patiënten. Onder verwisseling verstaan

we de verkeerde kant, verkeerde plaats, verkeerde procedure en verkeerde patiënt. Sinds 1993 zijn er bijvoorbeeld bij schadeverzekeraar MediRisk circa 450 verwisselingen gemeld. De laatste vijf jaar heeft MediRisk gemiddeld 26 claims per jaar over verwisselingen ontvangen. Het aantal schadeclaims over onbedoelde schade is slechts het topje van de ijsberg. Niet alle incidenten resulteren in een schadeclaim.

4.9.1 Interventies

Het expertteam 'Verwisseling van en bij patiënten' heeft aan de hand van een operatief proces zes fasen gedefinieerd met interventies ter preventie van verwisseling van en bij patiënten. Deze interventies hebben betrekking op identificatie en verificatie gedurende het traject voorafgaand aan een operatie. Deze fasen zijn:

Fase 1: polikliniek

Fase 2: preoperatieve screening (POS)

Fase 3: opname

Fase 3a: opname op de afdeling

Fase 3b: voorbereiding op de OK

Fase 4: holding

Fase 5: OK (start)

Fase 6: OK (eind)

Om verwisselingen te voorkomen zal voor en tijdens de operatie van een patiënt een identificatie en verificatie moeten plaatsvinden van de: juiste patiënt, juiste plaats en zijde, juiste interventie, juiste benodigdheden, juiste patiëntmaterialen.

4.9.2 Toelichting indicatoren

De doelstelling op uitkomstniveau is: Voor december 2012 is het aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie gedaald. Bij electieve ingrepen wordt daarbij gestreefd naar 0 verwisselingen.

De doelstellingen op procesniveau zijn:

- Voor december 2012 vindt in alle ziekenhuizen een systematische identificatie van

de patiënt en verificatie van de gegevens tijdens de verschillende fasen van het operatieve proces plaats om verwisseling van en bij patiënten te voorkomen.

- Voor december 2012 vindt in alle ziekenhuizen voor de start van de anesthesie tenminste bij alle electieve interventies een gezamenlijk time-outmoment plaats.

Structuurindicatoren:

- Bestaat er in uw ziekenhuis een aantoonbare identificatie- en verificatieprocedure op kritieke transfermomenten van het operatieve traject ten aanzien van: juiste patiënt, juiste plaats en zijde, juiste interventie, juiste benodigdheden, juiste patiëntenmaterialen?
- Wordt deze identificatie- en verificatieprocedure geregistreerd in één centrale documentatie (EPD/status en/of digitale aanmelding en registratie van interventie)?
- Worden verwisselingen van en bij patiënten structureel gemeld in uw interne ziekenhuis incidentmeldingssysteem?

Procesindicatoren:

- Percentage electieve ingrepen waarbij op de polikliniek de identificatie- en verificatieprocedure heeft plaatsgevonden
- Percentage electieve ingrepen waarbij voor de start van de anesthesie een gezamenlijk time-outmoment heeft plaatsgevonden

Uitkomstindicator:

Aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie per 1000 electieve ingrepen

Genoemde indicatoren meet u bij voorkeur continu. Hiervoor kunt u gebruik maken van het digitale OK-systeem waarmee uw ziekenhuis werkt. Als uw ziekenhuis nog niet beschikt over een dergelijk digitaal systeem, of wanneer het in uw ziekenhuis nog niet mogelijk is om bronbestanden te koppelen, kunt u in eerste instantie volstaan met een steekproef. Voor de uitkomstindicator geeft

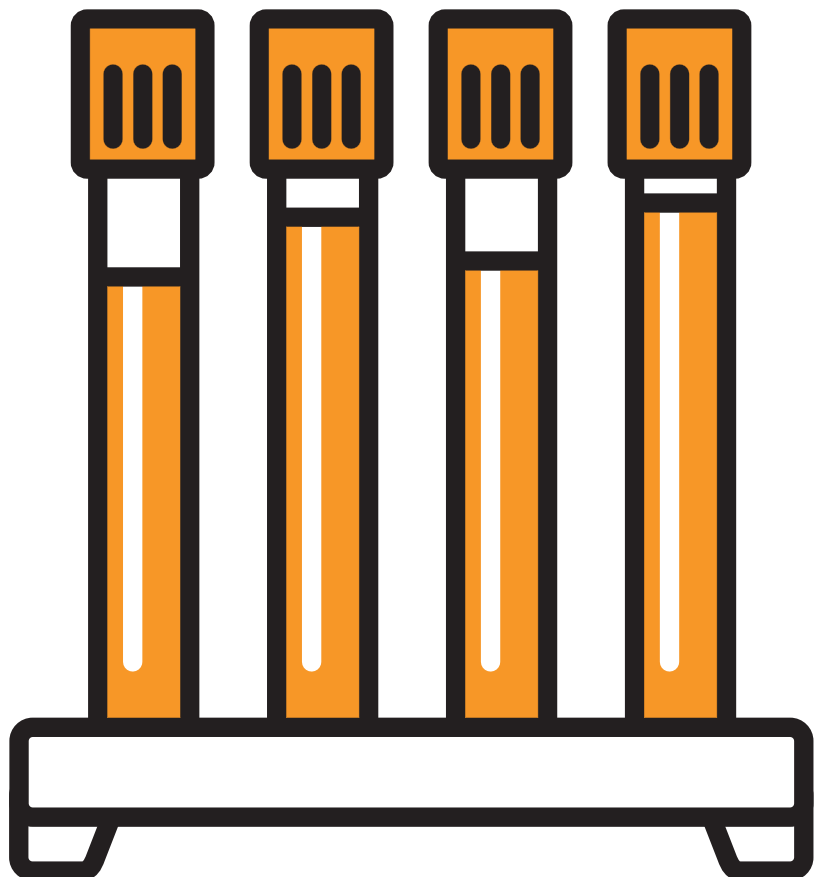
dit geen hoge registratielast, aangezien u al verplicht bent om de verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie te melden, en het een lage incidentie op jaarbasis heeft.

De structuurindicatoren dient u één keer per jaar te rapporteren aan het VMS Veiligheidsprogramma, de procesindicatoren en uitkomstindicator één keer per kwartaal. Het aanleveren van deze gegevens kan via een module op de website van het VMS Veiligheidsprogramma. U kunt de gegevens van uw ziekenhuis via deze module vergelijken met andere ziekenhuizen. Hierbij wordt de anonimiteit van de ziekenhuizen gewaarborgd.

4.10 Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen

Contrastnefropathie is een acute vermindering van de nierfunctie als gevolg van de nefrotoxiciteit van jodiumhoudende contrastmiddelen. De prevalentie kan oplopen tot 50%.

In Nederland worden naar schatting jaarlijks een half tot één miljoen onderzoeken verricht waarbij intravasculair (intraveneus of intraarterieel) jodiumhoudende contrastmiddelen worden toegediend. Dit gebeurt met name op de afdelingen radiologie, cardiologie en nucleaire geneeskunde. Door de vergrijzing en



de toename van diagnostische- en behandelingsmogelijkheden zal het aantal onderzoeken met jodiumhoudende contrastmiddelen waarschijnlijk nog verder toenemen.

4.10.1 Interventies

Contrastnefropathie kan in veel gevallen worden voorkomen. De interventies hebben betrekking op de identificatie van de hoogrisicopatiënt én op maatregelen ter preventie van contrastnefropathie bij de normaal- en hoogrisicopatiënt.

Identificatie van de hoogrisicopatiënt:

- Bereken de eGFR (*estimated glomerular filtration rate*)
- Interpreteer de eGFR
- Beoordeel het actueel medicatieoverzicht van de patiënt
- Identificeer de hoogrisicopatiënt
- Algemene maatregelen ter preventie van contrastnefropathie (normaal- en hoogrisicopatiënt):
- Adviseer over medicatie
- Informeer patiënt over gebruik van voldoende vocht en zout
- Informeer patiënt over wat te doen bij tussentijdse problemen
- Specifieke maatregelen ter preventie van contrastnefropathie bij de hoogrisicopatiënt:
- Adviseer over medicatie
- Hydratie
- Beperk dosis contrastmiddel

4.10.2 Toelichting indicatoren

Het expertteam heeft voor het thema 'Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen' de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Alle patiënten met een verhoogd risico op contrastnefropathie worden geïdentificeerd
- Bij alle hoogrisicopatiënten worden adequate maatregelen ter preventie genomen.

Procesindicatoren:

- Percentage patiënten bij wie de eGFR vóór contrasttoediening bekend is
- Percentage hoogrisicopatiënten dat gehydreerd is voor contrasttoediening

De tweede procesindicator wordt apart berekend voor de afdeling radiologie, cardiologie en nucleaire geneeskunde.

De eerste indicator meet u continu. De tweede indicator meet u bij voorkeur continu en als dit niet mogelijk is via een steekproef per kwartaal. De procesindicatoren dient u één keer per kwartaal te rapporteren aan het VMS Veiligheidsprogramma.

5 Literatuurlijst

Annane D, Sebille V, Charpentier C, Bollaert PE, Francois B, Korach JM, et al.

Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock.
JAMA 2002; 288(7):862-871.

Bemt, P.M.L.A. van den.

Drug Safety in Hospitalised Patients (thesis).
Groningen University, 2002

Dobrzanski S, Hammond I, Khan G, Holdsworth H.

The nature of hospital prescribing errors.
Br J Clin Govern 2002;7(3):187-93

Franklin C, Mathew J.

Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. Crit Care Med. 1994;22(2):244-247.

Inouye SK, Bogardus ST Jr, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM Jr.

The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients.
Hospital Elder Life Program. J Am Geriatr Soc. 2000 Dec;48(12):1697-706.

Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ.

The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs.
Infect Control Hosp Epidemiol 1999;20(11):725-30

Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al.

Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock.
Crit Care Med 2006; 34(6):1589-1596.

Perencevich EN, Sands KE, Cosgrove SE, Guadagnoli E, Meara E, Platt R.

Health and economic impact of surgical site infections diagnosed after hospital discharge.
Emerg Infect Dis 2003;9(2):196-203

Pronovost PJ, Needham D, Berenholtz SM, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al.

An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU.
N Engl J Med. 2006;28;355(26):2725-32.

Richtlijn Intravasale therapie. WIP 2006.

Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al.

Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock.
N Engl J Med 2001; 345(19):1368-1377.

Schein RM, Hazday N, Pena M, Ruben BH, Sprung CL.

Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest.
Chest 1990;98:1388-1392.

The Acute Respiratory Distress Syndrome Network.

Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome.
N Engl J Med 2000; 342(18):1301-1308.

Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, et al.

Intensive insulin therapy in the critically ill patients.
N Engl J Med 2001; 345(19):1359-1367.

Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G, Meersseman W, Wouters PJ, Milants I, et al.

Intensive insulin therapy in the medical ICU.
N Engl J Med 2006; 354(5):449-461.

**Wagner C, Smits M, Van Wagtendonk I,
Zwaan L, Lubberding S, Merten H, Tim-
mermans DRM.**

*Oorzaken van incidenten en onbedoelde
schade in ziekenhuizen: een systematische
analyse met PRISMA, op afdelingen Spoedei-
sende Hulp (SEH), chirurgie en interne genees-
kunde.*

Utrecht, Amsterdam: NIVEL, EMGO instituut,
2008, 122 p

Bijlage 1 Afkortingen

CVK	Centraal Veneuze Katheter
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
NICE	Nationale Intensive Care Evaluatie
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NTA	Nederlandse Technische Afspraak
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
Orde	Orde van Medisch Specialisten
POWI's	Postoperatieve Wondinfecties
Prestatie-indicator	Een meetbaar aspect van de uitkomst, het proces of de structuur van de zorg, dat een aanwijzing geeft over de geleverde kwaliteit.
PREZIES	PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SSC	Surviving Sepsis Campaign
SIRS	Systemic Inflammatory Response Syndrome
SIT	Spoed Interventie Team
UMC's	Universitaire Medische Centra
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WIP	Werkgroep Infectie Preventie

Bijlage 2 Speerpunten tot en met 2012

Speerpunten 2008

Het jaar 2008 was het eerste jaar van het VMS Veiligheidsprogramma. De speerpunten voor 2008 hebben betrekking op het opstarten van het implementeren van een VMS conform de NTA 8009:2007 (hierna: NTA).

1 Leiderschap

Per 1 januari 2009 heeft elk ziekenhuis een beleidsplan opgesteld waarin patiëntveiligheid is beschreven en waarin door de raad van bestuur vastgestelde doelstellingen voor de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem zijn vastgelegd. Dit is inclusief een vastgestelde planning voor 2009. In dit plan is patiëntveiligheid gedelegeerd naar het lijnmanagement.

2 Retrospectieve risico-inventarisatie

Op ten minste drie afdelingen is veilig incident melden geïmplementeerd.

3 Prospectieve risico-inventarisatie¹

Op één afdeling is een prospectieve risico-inventarisatie uitgevoerd.

4 Monitoren

Het ziekenhuis heeft een evaluatie uitgevoerd aangaande implementatie van het VMS en neemt de bevindingen mee in het beleidsplan voor 2009.

Speerpunten 2009

Het jaar 2009 staat voor de ziekenhuizen in het teken van het opstarten van de implementatie van de thema's en het formuleren van concrete doelstellingen voor de implementatie van het VMS. De speerpunten voor 2009 richten zich op deskundigheidsbevordering, evalueren van de huidige situatie, uitvoeren van risico-inventarisaties en het ziekenhuisbreed inrichten van het incident meldingsstelsel conform de NTA.

1 Leiderschap

- Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditens van het VMS (NTA) SMART doelstellingen geformuleerd in het beleidsplan, gebaseerd op een evaluatie van het beleidsplan 2008 en een scan die het ziekenhuis uitgevoerd heeft op basis van het evaluatie-instrument (is conform de eisen van de NTA).
- Daarnaast heeft het ziekenhuis voor vier van de tien thema's verantwoordelijken en betrokkenen benoemd en SMART doelstellingen bepaald, afgestemd op de doelstellingen van het VMS Veiligheidsprogramma.
- Tevens is in het beleidsplan opgenomen wat de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur en het management op dit gebied is.

2 Patiëntenparticipatie

Het beleidsplan VMS en de evaluatie zijn besproken met de cliëntenraad.

3 Retrospectieve risico-inventarisatie

Het ziekenhuis heeft in kader van de retrospectieve risico-inventarisatie:

- een geschikte analysemethode(n) geselecteerd.
- personen opgeleid en deskundigheid beschikbaar om retrospectieve risico-inventarisaties uit te voeren.
- een ziekenhuisbreed meldsysteem beschikbaar waarmee incidenten gemeld kunnen worden in de directe werkomgeving van de melder.
- bijgehouden in welke mate het beschikbare meldsysteem wordt toegepast in de praktijk.
- op aantoonbaar meer afdelingen dan in 2008 het veilig incident melden geïmplementeerd.

4 Prospectieve risico-inventarisatie

Het ziekenhuis heeft in het kader van de prospectieve risico-inventarisatie:

¹ Prospectieve risico-inventarisatie omvat het prospectief identificeren, analyseren en beoordelen van risico's door deskundigen met gebruik van geschikte methoden. De resultaten worden schriftelijk vastgelegd en vormen mede de basis voor het treffen van maatregelen ter vergroting van de patiëntveiligheid.

- een geschikte analysemethode(n) geselecteerd.
- personen opgeleid en deskundigheid beschikbaar om prospectieve risico-inventarisaties uit te voeren.
- vier prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd op processen. Deze processen zijn geïdentificeerd op basis van de bevindingen van de retrospectieve risico-inventarisatie of op basis van geïdentificeerde risicovolle processen.

5 Cultuur

Het ziekenhuis heeft de veiligheidscultuur in zijn ziekenhuis onderzocht en de resultaten verwerkt in het beleidsplan.

6 Medewerkers (inclusief medisch specialisten)

Het ziekenhuis heeft in het opleidingsplan deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid en de NTA opgenomen. Management en medici met management-taken hebben deelgenomen aan een cursus gericht op patiëntveiligheid en de toepassing van de NTA.

7 Monitoren

De rapportages van risico inventarisaties en indicatoren uit het VMS Veiligheidsprogramma worden periodiek (=minimaal jaarlijks) door hoger management besproken, op basis waarvan prioriteiten gesteld worden m.b.t. verbeteracties.

Het ziekenhuis heeft een ziekenhuisbreed cultuuronderzoek uitgevoerd met bijvoorbeeld de COMPaz-enquête.

8 Verbeteren veiligheid van zorg / 10 thema's

Het ziekenhuis heeft voldoende gekwalificeerd personeel en deskundigheid beschikbaar om op basis van een geselecteerde verbetermethodiek verbeterinitiatieven uit te voeren. Daarnaast is het ziekenhuis gestart met de implementatie van de vier geselecteerde thema's (beleidsplan) bestaande uit het

invoeren van interventies (zie praktijkgidsen thema's www.vmszorg.nl) en het meten van de resultaten op basis van de indicatoren (zoals beschreven in de Gids Monitoren). Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risico-inventarisaties.

Speerpunten 2010

Voor 2010 richten de speerpunten zich op het implementeren van acht thema's en het daadwerkelijk inzetten van verbeteren op basis van de risico-inventarisaties.

1 Leiderschap

- Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditens van het VMS (NTA) SMART doelstellingen geformuleerd in het beleidsplan, gebaseerd op een evaluatie van het beleidsplan 2009, een scan die het ziekenhuis heeft uitgevoerd op basis van het evaluatie-instrument (is conform de eisen van de NTA) en de bevindingen van de cliëntenraad (zie 2. patiëntenparticipatie).
- Daarnaast heeft het ziekenhuis voor acht van de tien thema's verantwoordelijken en betrokkenen benoemd en SMART doelstellingen bepaald, afgestemd op de doelstellingen van het VMS Veiligheidsprogramma.
- Tevens is opgenomen wat de verantwoordelijkheid van raad van bestuur en management op dit gebied is.

2 Patiëntenparticipatie

Ziekenhuizen hebben de eisen met betrekking tot patiëntenparticipatie uit de NTA geïmplementeerd in de organisatie. De bevindingen uit de risico-inventarisaties zijn met de cliëntenraad besproken. De visie van de cliëntenraad wordt meegenomen in de evaluatie van het beleidsplan.

3 Retrospectieve risico-inventarisatie

In het kader van de retrospectieve risico-inventarisatie zorgt het ziekenhuis dat:

- alle personen die werken op een patiënt-gebonden afdeling incidenten melden.
- de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van de retrospectieve risico-inventarisatie en het nemen van benodigde vervolgmaatregelen zijn vastgelegd. Tevens is vastgelegd hoe het management om gaat met de resultaten en is bepaald hoe de naleving wordt geverifieerd.
- incidenten worden geanalyseerd om de basisoorzaken te achterhalen.
- incidenten worden gerapporteerd conform de rapportagematrix zoals opgenomen in de NTA (bijlage A).

4 Prospectieve risico-inventarisatie

- In het ziekenhuis zijn vier nieuwe prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd op processen die zijn geïdentificeerd op basis van de retrospectieve risico-inventarisatie of op basis van geïdentificeerde risicovolle processen.
- De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van de prospectieve risico-inventarisatie en het nemen van benodigde vervolgmaatregelen zijn vastgelegd. Tevens is vastgelegd hoe het management om gaat met de resultaten en is bepaald hoe de naleving wordt geverifieerd.

5 Cultuur

Het ziekenhuis heeft zichtbaar geïnvesteerd in het verbeteren van de veiligheidscultuur.

6 Medewerkers (inclusief medisch specialisten)

- Het ziekenhuis heeft in het opleidingsplan rekening gehouden met deskundigheidsbevordering op het gebied van patiëntveiligheid in het algemeen en de NTA in het bijzonder.
- Nieuw aangestelde managers en medici met managementtaken nemen deel aan een cursus gericht op patiëntveiligheid en de toepassing van de NTA.
- Patiëntveiligheidsbeleid maakt onderdeel uit van het inwerk-/introductieprogramma van medewerkers.

- Het ziekenhuis heeft een procedure beschikbaar voor nazorg voor medewerkers die betrokken zijn geweest bij een calamiteit .
- Patiëntveiligheidsbeleid is expliciet benoemd als verantwoordelijkheid van het management in het ziekenhuis en is opgenomen in het functionerings- en beoordelingsstelsel van het management.

7 Monitoren

- Het veiligheidsbeleid wordt periodiek geëvalueerd.
- Het ziekenhuis heeft een evaluatie uitgevoerd aangaande implementatie van het VMS en neemt de bevindingen mee in het beleidsplan 2010

8 Verbeteren veiligheid van zorg / 10 thema's

Het ziekenhuis is gestart met de implementatie van acht van de thema's (die in het beleidsplan staan beschreven) bestaande uit het invoeren van interventies en het meten van de resultaten op basis van de indicatoren (zie praktijkgidsen thema's www.vmszorg.nl). Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risico-inventarisaties.

Speerpunten 2011

Het jaar 2011 staat in het teken van het voorbereiden van de certificatie/accreditatie in 2012 voor alle ziekenhuizen. De speerpunten richten zich dan ook op het functioneren van het totale VMS conform de NTA en het implementeren van alle thema's.

1 Leiderschap

Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditens van het VMS (NTA) SMART doelstellingen geformuleerd in het beleidsplan, gebaseerd op een evaluatie van het beleidsplan 2010, een scan die het ziekenhuis heeft uitgevoerd op basis van het evaluatie-instrument (is conform de eisen van de NTA) en de bevindingen van de

cliëntenraad (zie 2. patiëntenparticipatie).

Daarnaast heeft het ziekenhuis voor tien thema's verantwoordelijken en betrokkenen benoemd en SMART doelstellingen bepaald, afgestemd op de doelstellingen uit het VMS Veiligheidsprogramma.

Tevens is opgenomen wat de verantwoordelijkheid van raad van bestuur en management op dit gebied is.

De raad van bestuur start de voorbereidingen voor het accrediteren/certificeren² van het VMS conform de NTA.

2 Patiëntenparticipatie

Zie speerpunten voorgaande jaren.

3 Retrospectieve risico-inventarisatie

Ziekenhuizen identificeren op basis van de analyses van de incidenten de structurele oorzaken en dragen zorg voor verbetermaatregelen om incidenten in de toekomst te reduceren.

4 Prospectieve risico-inventarisatie

In het ziekenhuis zijn vier nieuwe prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd op processen die zijn geïdentificeerd op de basis van de retrospectieve risico-inventarisatie of op basis van geïdentificeerde risicovolle processen.

5 Cultuur

Het ziekenhuis heeft zichtbaar geïnvesteerd in het verbeteren van de veiligheidscultuur.

6 Medewerkers (inclusief medisch specialisten)

Patiëntveiligheidsbeleid maakt onderdeel uit van het functioneringssysteem van alle medewerkers waarvan de functie essentieel is voor het VMS.

7 Monitoren

Het management heeft een tool voor monitoren beschikbaar waarmee kan worden geïdentificeerd of verbeteringen hebben geleid tot een zichtbaar resultaat en of de doelstellingen op de thema's zijn behaald.

8 Verbeteren veiligheid van zorg / 10 thema's

Het ziekenhuis is gestart met de implementatie van alle thema's (die in het beleidsplan van het ziekenhuis zijn vastgesteld), bestaande uit implementatie van interventies en het meten van de resultaten op basis van de indicatoren (zie praktijkguides thema's www.vmszorg.nl).

Het ziekenhuis werkt naast de thema's ook zichtbaar aan de implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de risico-inventarisaties.

Speerpunten 2012

De activiteiten in 2012 staan in het teken van het certificeren/accrediteren van het VMS en het behalen van de doelstellingen op de 10 thema's. Voor het VMS houdt dit in dat de onderdelen van het VMS volledig opgenomen zijn in de bedrijfsvoering en het functioneren van de zorgorganisatie. Het uitvoeren van de prospectieve risico-inventarisaties behoort bijvoorbeeld tot het ziekenhuisbeleid of het analyseren van incidenten is gemeengoed op alle niveaus van de organisaties.

1 Leiderschap

- Het ziekenhuis heeft voor alle hoofditems van het VMS (NTA) SMART doelstellingen³ geformuleerd in het beleidsplan, gebaseerd op een evaluatie van het beleidsplan

² Voor de accreditatie en certificatie instanties spreekt het VMS veiligheidsprogramma geen voorkeur uit. Onder deze instanties worden verstaan HKZ, NIAZ, Lloyds, KEMA etc. Het VMS veiligheidsprogramma zet zich wel in om, in overleg met deze instanties, er zorg voor te dragen dat de eisen uit de NTA 8009:2007 voldoende zijn opgenomen in de modellen en/of accreditatieschema's die deze instanties hanteren.

³ In het jaar 2012

2011, een scan die het ziekenhuis heeft uitgevoerd op basis van het evaluatie-instrument (conform de eisen van de NTA) en de bevindingen van de cliëntenraad (zie 2. patiëntenparticipatie).

- Het beleidsplan is gericht op accreditatie/certificatie van het VMS voor december 2012 en het gerealiseerd hebben van alle doelstellingen die zijn gesteld voor de tien thema's.
- Daarnaast gebruikt het ziekenhuis 2012 om SMART doelstellingen te bepalen voor de implementatie van de nieuwe NTA 8009:2011 en het identificeren van de ziekenhuisspecifieke tien thema's op basis van de informatie uit het functionerend veiligheidsmanagementsysteem. Deze doelstellingen worden uiteindelijk in het beleidsplan 2013 vastgelegd.

2 Patiëntenparticipatie

Zie voorgaande jaren.

3 Retrospectieve risico-inventarisatie

Zie voorgaande jaren.

4 Prospectieve risico-inventarisatie

In het ziekenhuis zijn vier nieuwe prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd op processen die zijn geïdentificeerd op de basis van de retrospectieve risico-inventarisatie.

5 Cultuur

De cultuurinterventies uit 2011 hebben geleid tot een zichtbaar resultaat dat wordt vastgesteld op basis van een cultuuronderzoek.

6 Medewerkers (inclusief medisch specialisten)

Op basis van de accreditatie/certificatie komt naar voren dat medewerkers zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen en het belang van het leveren van een actieve bijdrage aan patiëntveiligheid.

7 Operationele beheersmaatregelen

Bij vernieuwingen of organisatorische veranderingen die van invloed zijn op

patiëntveiligheid wordt een prospectieve risico-inventarisatie uitgevoerd.

8 Monitoren

Uit de evaluatie blijkt dat het ziekenhuis het VMS (NTA 8009:2007) volledig heeft geïmplementeerd. Accreditatie is gerealiseerd. Het ziekenhuis registreert voor alle thema's de beschikbare indicatoren van het VMS Veiligheidsprogramma.

9 Verbeteren veiligheid van zorg / 10 thema's

Verbeterpunten voortkomend uit analyse van de informatie uit VMS worden op basis van prioriteit geïmplementeerd in de organisatie. De gerealiseerde verbeteringen op de tien thema's zijn ziekenhuisbreed verankerd in de dagelijkse zorgverlening.

Bijlage 3 Planning 2010-2012

Planning 2010-2012 (per thema of VMS onderdeel)					
Thema	Registratie-systeem	Frequentie aanleveren gegevens	Periode	Deadline aanleveren door ziekenhuizen	Rapportage aan de ziekenhuizen
Wondinfecties na een operatie	PREZIES	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces) Per jaar (uitkomst)
Sepsis • Lijnsepsis	PREZIES	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces) Per jaar (uitkomst)
Sepsis • Ernstige sepsis	NICE	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces) Per jaar (uitkomst)
Vitaal bedreigde patiënt	Themamonitor	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces) Per jaar (structuur)
Medicatie-verificatie	Themamonitor	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces)
Kwetsbare ouderen	Themamonitor	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces)
Acute coronaire syndromen	Themamonitor	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces) Per jaar (structuur)
Pijn	Themamonitor	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces) Per jaar (structuur en uitkomst)
High Risk Medicatie	Themamonitor	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces) Per jaar (structuur)
Verwisseling	Themamonitor	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces) Per jaar (structuur en uitkomst)
Nierinsufficiëntie	Themamonitor	Per kwartaal	1e kwartaal 2e kwartaal 3e kwartaal 4e kwartaal	1 mei 1 aug 1 nov 1 feb	Per kwartaal (proces)
VMS					
Evaluatie-instrument	Evaluatie-instrument	Jaarlijks zelfde kwartaal	Voorgaande jaar	1 april	Jaarlijks
COMPaz-enquête	Enquête	Mogelijk in 2013	2012	1 april 2013	1e kwartaal 2013

Planning 2010-2012 (chronologisch)

Deadline	Periode	Wat
1 februari 2010	4e kwartaal 2009	Procesindicatoren 10 thema's
1 februari 2010	2009	Structuur- en uitkomstindicatoren 10 thema's
1 april 2010	2009	Evaluatie-instrument
1 mei 2010	1e kwartaal 2010	Procesindicatoren 10 thema's
1 augustus 2010	2e kwartaal 2010	Procesindicatoren 10 thema's
1 november 2010	3e kwartaal 2010	Procesindicatoren 10 thema's
1 februari 2011	4e kwartaal 2010	Procesindicatoren 10 thema's
1 februari 2011	2010	Structuur- en uitkomstindicatoren 10 thema's
1 april 2011	2010	Evaluatie-instrument
1 mei 2011	1e kwartaal 2011	Procesindicatoren 10 thema's
1 augustus 2011	2e kwartaal 2011	Procesindicatoren 10 thema's
1 november 2011	3e kwartaal 2011	Procesindicatoren 10 thema's
1 februari 2012	4e kwartaal 2011	Procesindicatoren 10 thema's
1 februari 2012	2011	Structuur en uitkomstindicatoren 10 thema's
1 april 2012	2010	Evaluatie-instrument
1 mei 2012	1e kwartaal 2012	Procesindicatoren 10 thema's
1 augustus 2012	2e kwartaal 2012	Procesindicatoren 10 thema's
1 november 2012	3e kwartaal 2012	Procesindicatoren 10 thema's
1 februari 2013	4e kwartaal 2012	Procesindicatoren 10 thema's
1 februari 2013	2012	Structuur en uitkomstindicatoren 10 thema's
1 april 2013	2012	Evaluatie-instrument
1 april 2013	2012	COMPaZ-enquête (concept besluit)

Bijlage 4 Overzicht doelstellingen en indi

Thema	Doel landelijk VMS Veiligheidsprogramma	Interventie
1 POWI	<p>Terugbrengen van de postoperatieve wondinfecties tot onder de streefwaarde van het 25ste percentiel (referentiecijfers PREZIES, 2007), voor 5 (door het ziekenhuis gekozen) indicatoroperaties.</p> <p>Om deze doelstelling te behalen is het streven dat bij 90% van alle geopereerde patiënten de POWI-bundel geheel wordt nageleefd.</p>	<p>POWI bundel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hygiene discipline 2. Antibiotica profylaxe 3. Niet pre-operatief ontharen 4. Perioperatieve normothermie
2a Ernstige sepsis	<p>Voor december 2012 heeft landelijk een relatieve reductie van 15% plaatsgevonden van:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ziekenhuissterfte aan ernstige sepsis, 2. sterfte aan ernstige sepsis binnen 30 dagen na diagnose ernstige sepsis. <p>Om deze doelstelling te behalen is het streven dat elk element van de resuscitatie- en managementbundel bij minimaal 80% van de patiënten wordt toegepast.</p>	<p>Resuscitatiebundel (BAL VVV):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bloedkweken 2. Antibiotica 3. Lactaat 4. Veneuze saturatie (centraal) 5. Vullingstatus optimaliseren 6. Vasopressoren <p>Managementbundel (PANG)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protectieve beademing 2. Activated proteïne C (aPC) 3. Normoglycemie 4. Glucocorticoiden
2b Lijnsepsis	<p>Het optreden van lijnsepsis verminderen tot < 3 gevallen van lijnsepsis per 1000 katheterdagen.</p> <p><i>Excellent:</i> < 3 gevallen van lijnsepsis per 1.000 katheterdagen</p> <p><i>Acceptabel:</i> 3-5 gevallen van lijnsepsis per 1.000 katheterdagen</p> <p><i>Onacceptabel:</i> > 5 gevallen van lijnsepsis per 1.000 katheterdagen</p> <p>Om deze doelstelling te kunnen bereiken is het streven dat bij tenminste 90% van de centraal veneuze katheters (CVK) de lijnsepsis bundel geheel wordt nageleefd.</p>	<p>Lijnsepsis bundel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimale selectie van de katheterplaats 2. Desinfectie van de huid met chloorhexidine 3. Handhygiëne 4. Maximale voorzorgsmaatregelen bij insertie 5. Dagelijkse controle op juistheid indicatie 6. Controleren van de insteekopening op ontstekingsverschijnselen
3 Vitaal bedreigde patiënt	<p>Voor december 2012 is landelijk de implementatie van het Spoed Interventie Systeem gerealiseerd met als uiteindelijke doel reductie van onbedoelde schade.</p>	<p>Spoed Interventie Systeem voor de vitaal bedreigde patiënt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vroegtijdige signalering 2. Spoed Interventie Team 3. Borging (evaluatie en feedback, registratie en scholing)

catoren 10 thema's

Indicatoren VMS Veiligheidsprogramma	Type	Meet fre- quentie	Rapportage- frequentie naar VMS Veiligheids- programma	Indicator IGZ
Percentage postoperatieve wondinfecties per indicator-operatiegroep	uitkomst	continu	1 maal per jaar	Vindt surveillance via PREZIES plaats? (gespecificeerd naar de indicator-operaties)
Percentage naleving POWI-bundel	proces	continu	1 maal per kwartaal	Is de registratie bij validatie door PREZIES als voldoende beoordeeld? <i>(Bron: IGZ Veiligheidsindicatoren)</i>
Percentage patiënten van 18 jaar en ouder opgenomen op de IC met ernstige sepsis die gedurende de ziekenhuisopname zijn overleden	uitkomst	continu	1 maal per jaar	Vindt registratie van de naleving van de resuscitatiebundel plaats? Vindt registratie van de naleving van de managementbundel plaats? <i>(Bron: IGZ Veiligheidsindicatoren)</i>
Percentage patiënten van 18 jaar en ouder opgenomen op de IC met ernstige sepsis die binnen 30 dagen na diagnose zijn overleden	uitkomst	continu	1 maal per jaar	
Percentage patiënten van 18 jaar en ouder opgenomen op de IC met ernstige sepsis waarbij element X van de bundel is toegepast	proces	continu	1 maal per kwartaal	
Percentage patiënten van 18 jaar en ouder dat bij opname op de IC is gescreend op sepsis door middel van het screeningsinstrument	proces	continu	1 maal per kwartaal	
Aantal gevallen van lijnsepsis per 1000 katheterdagen	uitkomst	continu	1 maal per jaar	Is (indien deelname aan PREZIES) de deelname door PREZIES als voldoende gevalideerd?
Percentage CVK's waarbij de bundel volledig is toegepast	proces	continu	1 maal per kwartaal	Vindt registratie van de naleving van de lijnsepsis bundel plaats? <i>(Bron: IGZ Veiligheidsindicatoren)</i>
Aantal reanimaties op de verpleegafdelingen per 1000 ontslagen patiënten	proces	continu	1 maal per kwartaal	Registreert u reanimaties die plaatsvinden op alle afdelingen in uw ziekenhuis? <i>(Bron: IGZ Veiligheidsindicatoren)</i>
Aantal SIT-oproepen per 1000 ontslagen patiënten	proces	continu	1 maal per kwartaal	
Aanwezigheid van: 1. Structurele registratie van reanimaties 2. Signaleringsstelsel voor de herkenning van de vitaal bedreigde patiënt 3. Spoed Interventie Team 4. Scholings- en evaluatiesysteem	structuur	jaarlijks	1 maal per jaar	

Thema	Doel landelijk VMS Veiligheidsprogramma	Interventie
<p>4 Medicatie-overdracht</p>	<p>Bij iedere patient vindt bij opname en ontslag medicatieverificatie plaats vanuit de gedachte dat dit leidt tot een optimaal medicatieoverzicht.</p>	<p>Opname bundel: <ol style="list-style-type: none"> 1. opvragen afleveroverzicht openbare apotheek 2. Medicatie-opnamesprek door een geschoold medewerker 3. opstellen actueel medicatieoverzicht <p>Ontslag bundel: <ol style="list-style-type: none"> 1. opstellen actueel medicatieoverzicht 2. Uitschrijven ontslagreceptuur 3. Medicatie-ontslaggesprek door een geschoold medewerker 4. Overdracht actueel medicatie-overzicht en ontslagreceptuur naar openbare apotheek, huisarts en andere zorginstellingen </p> </p>
<p>5 Kwetsbare ouderen</p>	<p>In 2012 worden alle klinische patiënten van 70 jaar en ouder gescreend op: <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirium 2. Vallen 3. Ondervoeding 4. Fysieke beperkingen <p>en worden op alle geconstateerde risico's preventieve- en behandelinterventies ingezet, met als uiteindelijk doel te voorkomen dat bij patiënten van 70 jaar en ouder door een ziekenhuisopname (vermijdbaar) functieverlies optreedt.</p> </p>	<p>Interventies op organisatieniveau: <ol style="list-style-type: none"> 1. Zorgprogramma 2. Specialistisch team 3. Cultuur & Scholing <p>Interventies op patientniveau: Screeningsbundel voor vroegtijdige herkenning van: <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirium 2. Vallen 3. Ondervoeding 4. Fysieke beperkingen </p> </p>
<p>6 Nierinsufficiëntie</p>	<p>Het voorkomen van contrastnefropathie bij patiënten die radiologisch onderzoek met jodiumhoudende contrastmiddelen ondergaan, door</p> <ul style="list-style-type: none"> • het identificeren van alle patiënten met een verhoogd risico op contrastnefropathie en • het nemen van adequate maatregelen ter preventie van contrastnefropathie bij alle hoogrisicopatiënten. 	<p>2.1 Identificatie van de hoogrisicopatiënt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereken de eGFR • Interpreteer de eGFR • Beoordeel het actueel medicatieoverzicht van de patiënt • Identificeer de hoogrisicopatiënt <p>2.2 Algemene maatregelen ter preventie van contrastnefropathie (normaal- en hoogrisicopatiënt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adviseer over medicatie • Informeer patiënt over gebruik van voldoende vocht en zout • Informeer patiënt over wat te doen bij tussentijdse problemen <p>2.3 Specifieke maatregelen ter preventie van contrastnefropathie bij de hoogrisicopatiënt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adviseer over medicatie • Hydratie • Beperk dosis jodiumhoudend contrastmiddel
<p>7 High Risk Medicatie</p>	<p>Voor december 2012 hebben alle ziekenhuizen het proces van klaarmaken en toedienen van parenterale geneesmiddelen geïmplementeerd, waardoor het juiste geneesmiddel, in de juiste dosering, op de juiste wijze klaargemaakt, via de juiste toedieningsweg, op het juiste tijdstip, op de juiste toedienwijze, aan de juiste patiënt wordt toegediend.</p>	<p>2.1 Klaarmaken van parenteralia in niet-acute situaties 2.2 Toedienen van parenteralia in niet-acute situaties 2.3 Klaarmaken en toedienen van parenteralia in acute situaties</p>

Indicatoren VMS Veiligheidsprogramma	Type	Meet frequentie	Rapportage-frequentie naar VMS Veiligheids-programma	Indicator IGZ
Percentage patiënten bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd	proces	continu	1 maal per kwartaal	Wat is de deskundigheid van de medewerker in uw ziekenhuis die de medicatieverificatie uitvoert bij opname?
Percentage patiënten bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd	proces	continu	1 maal per kwartaal	Wat is de deskundigheid van de medewerker in uw ziekenhuis die de medicatieverificatie uitvoert bij ontslag? <i>(Bron: IGZ Veiligheidsindicatoren)</i>
Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder waarbij de bundel volledig is toegepast	proces	continu of steekproef	1 maal per kwartaal	Screening op ondervoeding in de kliniek Behandeling van ondervoeding
Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder waarbij functieverlies is opgetreden	proces	continu of steekproef	1 maal per kwartaal	Deliriumbeleid bij klinische patiënten Risico op delirium Screening op en observatie van delirium <i>(Bron: basisset 2010)</i>
Percentage patiënten bij wie de eGFR vóór contrasttoediening bekend is	proces	continu	1 maal per kwartaal	Wordt de eGFR in uw ziekenhuis centraal geregistreerd? <i>(Bron: IGZ Veiligheidsindicatoren)</i>
Percentage hoogrisicopatiënten dat gehydrateerd is voor contrasttoediening	proces	continu of steekproef	1 maal per kwartaal	Met centraal geregistreerd wordt bedoeld dat de eGFR digitaal beschikbaar is zodat alle aanvragers van röntgenonderzoek met contrast inzicht hebben in de eGFR van de patient. Ook als de eGFR een aantal maanden daarvoor door een ander specialisme is aangevraagd.
Heeft u dit verslagjaar alle medicatiefouten die werden gemeld in uw interne incidentmeldingssysteem, gemeld aan de Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR) databank?	structuur	jaarlijks	1 maal per jaar	Meldt u de fouten en incidenten met betrekking tot het klaarmaken en toedienen van parenteralia aan de Centrale Medicatiefouten Registratie (CMR)? <i>(Bron: IGZ Veiligheidsindicatoren)</i>
Percentage correct uitgevoerde handelingen op het gebied van klaarmaken	proces	steekproef	1 maal per kwartaal	
Percentage correct uitgevoerde handelingen op het gebied van toedienen	proces	steekproef	1 maal per kwartaal	
Percentage parenteralia dat centraal in de apotheek wordt klaargemaakt	proces	1 maal per kwartaal	1 maal per kwartaal	

Thema	Doel landelijk VMS Veiligheidsprogramma	Interventie
<p>8 Pijn</p>	<p>Het voorkomen van onnodig lijden door pijn bij iedere volwas- sen patiënt opgenomen in het ziekenhuis of op de Spoedeisende Hulp door vroege herkenning en behandeling van pijn.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vraag standaard driemaal per dag naar pijn. Meet de pijn met de Numerical Rating Scale (NRS). 2. Registreer de pijnscores in het elektronisch patiëntendossier (EPD) of het verpleegkundig dossier. 3. Pas bij een pijnscore van 4 of hoger, of wanneer de patiënt door pijn wordt gehinderd in zijn functioneren, pijnbehandeling toe volgens protocol. 4. Geef patiëntenvoorlichting en betrek de patiënt bij zijn of haar behandeling. <p>Daarnaast is het van groot belang om periodieke scholing te organiseren over pijnmeting en pijnbehandeling voor (nieuwe) medewerkers.</p>
<p>9 Verwisseling</p>	<p>Voor december 2012 is het aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie gedaald. Bij electieve ingrepen wordt daarbij gestreefd naar 0 verwisselingen.</p> <p>Doelstellingen op procesniveau: Voor december 2012 vindt in alle ziekenhuizen een systematische identificatie van de patiënt en verificatie van de gegevens tijdens de verschillende fasen van het operatieve proces plaats om verwisseling van en bij patiënten te voorkomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor december 2012 vindt in alle ziekenhuizen voor de start van de anesthesie tenminste bij alle electieve interventies een gezamenlijk time-outmoment plaats. 	<p>Zes fasen met interventies ter preventie van verwisseling van en bij patiënten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Fase 1: polikliniek 2.2 Fase 2: preoperatieve screening (POS) 2.3 Fase 3: opname Fase 3a: opname op de afdeling Fase 3b: voorbereiding op de OK 2.4 Fase 4: holding 2.5 Fase 5: OK (start) 2.6 Fase 6: OK (eind)
<p>10 (ACS) Acut Coronair Syndroom CONCEPT!</p>	<p><i>Op 31 december 2012 werkt 100% van de Nederlandse ziekenhuizen volgens de European Society of Cardiology (ESC) richtlijnen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bij ten minste 90% van de patiënten met een acuut STEMI is binnen 90 minuten na het eerste medisch contact de PCI behandeling in een PCI-centrum gestart.</i> • <i>Bij ten minste 90% van de patiënten met IAP/non-STEMI vindt binnen 24 uur na opname risicofratificatie plaats met behulp van de GRACE, TIMI of FRISC score.</i> • <i>Ten minste 90% van de patiënten heeft de 'gouden vijf' medicijnen voorgeschreven gekregen bij ontslag.</i> • <i>Alle patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie volgen een revalidatieprogramma</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCI 2. CAG 3. Medicatie 4. Overige interventies: Ambulance protocollen, cardiogene shock en beademing 5. Nabehandeling

Indicatoren VMS Veiligheidsprogramma	Type	Meet fre- quentie	Rapportage- frequentie naar VMS Veiligheids- programma	Indicator IGZ
<p>1. Heeft uw ziekenhuis een protocol voor de behandeling van:</p> <p>a) acute pijn/post-operatieve pijn; b) pijn op de SEH; c) pijn bij kanker.</p> <p>2. Heeft uw ziekenhuis het afgelopen jaar (minimaal) eenmaal een gezamenlijke ziekenhuisbrede scholing over pijnmeting en pijnbehandeling voor artsen en verpleegkundigen georganiseerd?</p>	structuur	jaarlijks	1 maal per jaar	<p>Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten</p> <p>Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie. <i>(Bron: basisset 2010)</i></p>
Percentage uitgevoerde gestandaardiseerde pijnmetingen bij klinische patiënten op de verplegafdelingen	proces	continu of steekproef	1 maal per kwartaal	
Percentage patiënten op de SEH bij wie bij triage en ontslag een gestandaardiseerde pijnmeting is uitgevoerd en geregistreerd	proces	continu of steekproef	1 maal per kwartaal	
Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie. (IGZ)	uitkomst	continu of steekproef	1 maal per jaar	
Percentage klinische patiënten met kanker met matige of ernstige pijn. (ZZZ)	uitkomst	continu	1 maal per jaar	
<p>1. Bestaat er in uw ziekenhuis een aantoonbare identificatie- en verificatieprocedure op kritieke transfermomenten van het operatieve traject ten aanzien van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • juiste patiënt; • juiste plaats en zijde; • juiste interventie; • juiste benodigdheden; • juiste patiëntenmaterialen? <p>2. Wordt deze identificatie- en verificatieprocedure geregistreerd in één centrale documentatie (EPD/status en/of digitale aanmelding en registratie van interventie)?</p> <p>3. Worden verwisselingen van en bij patiënten structureel gemeld in uw interne ziekenhuis incidentmeldingssysteem?</p>	structuur	jaarlijks	1 maal per jaar	<p>Bestaat er in uw ziekenhuis een aantoonbare identificatie- en verificatieprocedure op kritieke transfermomenten van het operatieve traject ten aanzien van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • juiste patiënt; • juiste plaats en zijde; • juiste interventie; • juiste benodigdheden; • juiste patiëntenmaterialen?
Percentage electieve ingrepen waarbij voor de start van de anesthesie een gezamenlijk time-outmoment heeft plaatsgevonden.	proces	continu of steekproef	1 maal per kwartaal	
Aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde, en interventie per 1000 electieve ingrepen	uitkomst	continu	1 maal per jaar	
<p>1. Is er in uw ziekenhuis een beleid met betrekking tot het verwijzen van patiënten naar een hartrevalidatieprogramma?</p> <p>2. Is er binnen uw ziekenhuis een hartrevalidatieprogramma?</p> <p>3. Zijn er schriftelijke afspraken met aanbieders van hartrevalidatie in uw regio?</p>	structuur	jaarlijks	1 maal per jaar	<p>Voorstel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ziekenhuissterfte na opname voor een ACS - Percutane coronaire interventie (PCI) <p><i>(Bron: basisset 2010)</i></p>
Percentage patiënten waarbij binnen 90 minuten na eerste medisch contact de PCI behandeling is gestart	proces	continu (of steekproef)	1 maal per kwartaal	
Percentage patiënten met IAP/non-STEMI waarbij risicostratificatie plaatsvindt met behulp van de GRACE, TIMI of FRISC score.	proces	continu (of steekproef)	1 maal per kwartaal	
Percentage patiënten met ACS dat bij ontslag de ontslagmedicatiebundel heeft voorgeschreven gekregen.	proces	continu (of steekproef)	1 maal per kwartaal	

Colofon

'Gids Monitoren VMS Veiligheidsprogramma 2010-2012' is een uitgave van het VMS Veiligheidsprogramma. U kunt de gids downloaden en/of bestellen via de website van het VMS Veiligheidsprogramma www.vmszorg.nl

Vormgeving

UnitedGraphics Zoetermeer BV
www.unitedgraphics.nl

Publicatienummer

2010.0112

Copyrights

Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend. Ondanks de uiterste zorgvuldigheid waarmee deze uitgave tot stand is gekomen, is het VMS Veiligheidsprogramma niet aansprakelijk voor eventuele drukfouten. Noch voor het gebruik van de inhoud van de teksten en de daaruit voortvloeiende feiten, omstandigheden en gevolgen. Overname van teksten is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van de uitgever.

Het VMS Veiligheidsprogramma wordt
geïnitieerd door:
NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ),
Nederlandse Federatie van Universitair
Medische Centra (NFU),
Orde van Medisch Specialisten (Orde), Lande-
lijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
(LEVV) en
Verpleegkundigen & Verzorgenden
Nederland (V&VN)



NVZ vereniging van ziekenhuizen



NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Orde van Medisch Specialisten

LEVV Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging



v&vn

Beroepsvereniging van zorgprofessionals

www.vmszorg.nl