

Factsheets indicatoren Verwisseling van en bij patiënten

Publicatienummer: 2010.1800
(Kijk op www.vmszorg.nl voor updates)



Structuurindicatoren. Aanwezigheid, toepassing en registratie identificatie- en verificatieprocedure

Doel	Het doel van deze indicator is in kaart te brengen in hoeverre het ziekenhuis aan de basisvoorwaarden van identificatie, verificatie en registratie voldoet.
Omschrijving	<p>1. Bestaat er in uw ziekenhuis, op alle transfertmomenten van het operatieve traject, een aantoonbare identificatie- en verificatieprocedure, waarbij het gaat om de juiste:</p> <ul style="list-style-type: none">• Patiënt;• plaats en zijde;• interventie;• benodigdheden;• patiëntenmateriaal. <p>(In de verschillende fasen zoals aangegeven in het schema in hoofdstuk 2 van de praktijkgids).</p> <p>2. Wordt deze identificatie- en verificatieprocedure toegepast waar het risico op verwisseling van en bij patiënten het grootst is?</p> <ul style="list-style-type: none">• Op de polikliniek(en) vanaf het eerste intakegesprek;• Bij de (opname) afdeling tijdens de voorbereiding op de interventie;• Op de operatiekamer voor het starten van de anesthesie;• Op de operatiekamer bij het eindigen van de interventie wanneer patiëntenmateriaal uit de interventie moet worden onderzocht of verder verwerkt moeten worden. <p>3. Wordt deze identificatie- en verificatieprocedure geregistreerd in één centrale documentatie (EPD/status en/of digitale aanmelding en registratie van interventie)?</p> <p>4. Worden verwisselingen van en bij patiënten geregistreerd in uw ziekenhuis interne incidentmeldingssysteem?</p>
Definitie (s)	<p><u>Identificatie- en verificatieprocedure:</u> Bij het voorkomen van verwisselingen gaat het erom dat gedurende het traject dat de patiënt voorafgaand aan zijn operatie doorloopt, een identificatie- en verificatie plaatsvindt, waarbij het gaat om de:</p> <ul style="list-style-type: none">• juiste patiënt;

	<ul style="list-style-type: none"> • juiste plaats en zijde; • juiste interventie; • juiste benodigdheden; • juiste patiëntenmateriaal. <p>Om verwisseling hiervan te voorkomen heeft de expertgroep, aan de hand van een operatief proces, 6 fases gedefinieerd, waarvoor (afzonderlijke) handelingen zijn vastgesteld.</p> <p><u>Juiste plaats:</u> Hierbij gaat het niet om links of rechtsaanduidingen, maar om de juiste plaats waar de interventie plaats moet vinden. Bijvoorbeeld tussen welke wervels.</p> <p><u>Juiste interventie:</u> Hierbij gaat het er niet om of vooraf de juiste keus is gemaakt over de interventie, maar of op het moment zelf de juiste interventie wordt toegepast. Juist wordt dan gedefinieerd als: volgens opdracht of afspraak.</p> <p><u>Juiste benodigdheden:</u> Het gaat hierbij niet om het logistieke proces, dus of alle benodigdheden in voldoende mate aanwezig zijn. Het gaat wel om de check of bijvoorbeeld de juiste prothese, donorgaan, ooglens, etc. bij de patiënt wordt ingebracht.</p> <p><u>Juiste patiëntmateriaal:</u> Hierbij gaat het om weefsel of menselijke materialen die voortkomen uit een interventie, zoals biopten, kweekmateriaal, PA preparaat.</p>
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Bron	Documentbeheersysteem,
Meetperiode/ meetfrequentie	Deze indicator wordt gemeten voor de duur van het VMS veiligheidsprogramma.
Meetniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportageniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportage frequentie	Jaarlijks
Type indicator	Structuur

Achtergrond en doel

Verwisselingen van of bij een patiënt dient te allen tijde voorkomen te worden. Hiervoor is een aantal basisvoorwaarden noodzakelijk in het ziekenhuis. Deze structuurindicatoren brengt in kaart in hoeverre het ziekenhuis aan deze basisvoorwaarden voldoet.

Validiteit

Niet van toepassing bij structuurindicatoren.

Betrouwbaarheid

Het expertteam is van mening dat de indicator onder de gekozen voorwaarden en bij gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Cijfers over variatie in de Nederlandse ziekenhuizen zijn niet bekend. Het expertteam verwacht dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen.

Minimale bias / beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in gezondheidstoestand of in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen is bij deze structuurindicatoren niet nodig.

Registreerbaarheid

Deze structuurindicatoren hebben een lage registratielast. Rapportage vindt 1x per jaar plaats.

De gegevens van uw ziekenhuis kunt u insturen aan het Veiligheidsprogramma via de Themamonitor, de registratiemodule van de thema's (beschikbaar via www.vmszorg.nl). De gegevens zullen binnen het Veiligheidsprogramma vertrouwelijk worden behandeld en alleen in geaggregeerde vorm (de resultaten van alle deelnemende ziekenhuizen tezamen) naar buiten worden gebracht. De gegevens zullen niet herleidbaar zijn naar individuele ziekenhuizen.

U kunt de gegevens van uw ziekenhuis via de Themamonitor benchmarken met andere ziekenhuizen. Hierbij wordt de anonimiteit van deze ziekenhuizen gewaarborgd.

Procesindicator 1. Percentage electieve ingrepen waarbij op de polikliniek de identificatie- en verificatieprocedure heeft plaatsgevonden

Doel	Het doel van deze indicator is het inzichtelijk maken van de naleving van de identificatie- en verificatieprocedure bij electieve ingrepen op de polikliniek.
Omschrijving	Het percentage electieve ingrepen waarbij op de polikliniek de identificatie- en verificatieprocedure is uitgevoerd.
Teller	Aantal electieve ingrepen op de polikliniek waarbij de identificatie- en verificatieprocedure is uitgevoerd.
Noemer	Totaal aantal electieve ingrepen.
Definitie (s)	<p><u>Identificatie en verificatieprocedure op de polikliniek:</u> Op de polikliniek gaat het om identificatie en verificatie van de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • juiste patiënt; • juiste plaats en zijde; • juiste interventie. <p><u>Spoedingrepen:</u> Procedures bij patiënten met een acuut levensbedreigende aandoening.</p> <p><u>Juiste plaats:</u> Hierbij gaat het niet om links of rechtsaanduidingen, maar om de juiste plaats waar de interventie plaats moet vinden. Bijvoorbeeld tussen welke wervels.</p> <p><u>Juiste interventie:</u> Hierbij gaat het er niet om of vooraf de juiste keus is gemaakt over de interventie, maar of op het moment zelf de juiste interventie wordt toegepast. Juist wordt dan gedefinieerd als: volgens opdracht of afspraak.</p>
In-/exclusiecriteria	Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • spoedingrepen
Bron teller	EPD of poliklinische status
Bron noemer	EPD of poliklinische status
Meetperiode/ meetfrequentie	De meetfrequentie is continue. Indien het nog niet mogelijk is om bronbestanden te koppelen kan in eerste instantie worden volstaan met een steekproef per kwartaal. Deze indicator wordt gemeten voor de duur van het VMS veiligheidsprogramma.
Meetniveau	Ingreepniveau
Rapportageniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportage frequentie	Ieder kwartaal
Type indicator	Proces

Procesindicator 2. Percentage electieve ingrepen waarbij voor de start van de anesthesie een gezamenlijk time-out moment heeft plaatsgevonden

Doel	Het doel van deze indicator is het inzichtelijk maken van de naleving van de identificatie- en verificatieprocedure bij electieve ingrepen op de OK.
Omschrijving	Percentage electieve ingrepen waarbij voor de start van de anesthesie een gezamenlijk time-out moment heeft plaatsgevonden.
	Teller Aantal electieve ingrepen waarbij voor de start van de anesthesie een gezamenlijk time-out moment heeft plaatsgevonden
	Noemer Totaal aantal electieve ingrepen
Definitie (s)	<p><u>Time-out:</u> Op de OK gaat het om identificatie en verificatie van de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • juiste patiënt; • juiste plaats en zijde; • juiste interventie; • juiste benodigdheden. <p>Dit gebeurt door middel van de time-out procedure: een laatste (gestandaardiseerd) controlemoment voor de start van de operatie. Als alle voorbereidingen zijn afgerond en de operatie op het punt staat te starten, wordt een 'time-out'-moment gecreëerd. De operateur, anesthesioloog, anesthesiemedewerker en operatieassistent en indien aanwezig de assistent chirurgie, gebruiken dit moment om zich er gezamenlijk van te overtuigen dat alle informatie en gegevens betreffende de operatie corresponderen.</p> <p><u>Spoedingrepen:</u> Procedures bij patiënten met een acuut levensbedreigende aandoening.</p> <p><u>Juiste plaats:</u> Hierbij gaat het niet om links of rechtsaanduidingen, maar om de juiste plaats waar de interventie plaats moet vinden. Bijvoorbeeld tussen welke wervels.</p> <p><u>Juiste interventie:</u> Hierbij gaat het er niet om of vooraf de juiste keus is gemaakt over de interventie, maar of op het moment zelf de juiste interventie wordt toegepast. Juist wordt dan gedefinieerd als: volgens opdracht of afspraak.</p> <p><u>Juiste benodigdheden:</u> Het gaat hierbij niet om het logistieke proces, dus of alle benodigdheden in voldoende mate aanwezig zijn. Het gaat wel om de check of bijvoorbeeld de juiste prothese, donorgaan, ooglens, etc. bij de patiënt wordt ingebracht.</p>
In-/exclusiecriteria	Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • spoedingrepen
Bron teller	Digitaal OK-systeem

Bron noemer	Digitaal OK-systeem
Meetperiode/ meetfrequentie	De meetfrequentie is continue. Indien het nog niet mogelijk is om bronbestanden te koppelen kan in eerste instantie worden volstaan met een steekproef per kwartaal. Deze indicator wordt gemeten voor de duur van het VMS veiligheidsprogramma.
Meetniveau	Ingreepniveau
Rapportageniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportage frequentie	Ieder kwartaal
Type indicator	Proces

Achtergrond en doel

Om verwisselingen van of bij patiënten te voorkomen, wordt een identificatie- en verificatieprocedure uitgevoerd, zowel op de polikliniek als op de operatiekamer. Deze identificatie- en verificatieprocedure geldt zowel bij electieve- als bij spoedingrepen en dient in principe 100% te worden nageleefd. Echter, bij spoedingrepen kan om moverende redenen worden afgeweken van het protocol. Met spoedingrepen worden hier procedures bedoeld bij patiënten met een acuut levensbedreigende aandoening.

Validiteit

Uit de literatuur zijn geen gegevens bekend over de validiteit van deze indicator. Wel is bekend dat het volgen van een identificatie- en verificatieprocedure of een time-out moment minder verwisselingen tot gevolg heeft. Uit de implementatiestudie van de SURPASS checklist blijkt na evaluatie van ruim 5700 patiënten, dat bij 24 van de 1000 patiënten (2,4%) het ontbreken van markering van zijde of plaats werd ondervangen. Bij de time-out – juist voor aanvang van de operatie – werd bij 10 van de 1000 patiënten (1%) een verwisseling van patiënt, ingreep of zijde voorkomen (SURPASS, ongepubliceerde resultaten).

Het expertteam verwacht dat na volledige implementatie van de identificatie- en verificatieprocedure, verwisselingen van patiënt, plaats en zijde kunnen worden gereduceerd tot nul bij electieve ingrepen. Tevens kan naar verwachting onbedoelde schade door andere vormen van verwisseling worden gereduceerd.

Betrouwbaarheid

Het expertteam is van mening dat de indicator onder de gekozen voorwaarden en bij gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Cijfers over variatie in de Nederlandse ziekenhuizen zijn niet bekend. Het expertteam verwacht dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen.

Minimale bias / beschrijving relevante case-mix

Controle voor verschillen in gezondheidstoestand of in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen is volgens het expertteam niet nodig.

Registreerbaarheid

De gegevens van uw ziekenhuis kunt u insturen aan het Veiligheidsprogramma via de Themamonitor, de registratiemodule van de thema's (beschikbaar via www.vmszorg.nl), De gegevens zullen binnen het Veiligheidsprogramma vertrouwelijk worden behandeld en alleen in geaggregeerde vorm (de resultaten van alle deelnemende ziekenhuizen tezamen) naar buiten worden gebracht. De gegevens zullen niet herleidbaar zijn naar individuele ziekenhuizen.

U kunt de gegevens van uw ziekenhuis via de Themamonitor benchmarken met andere ziekenhuizen. Hierbij wordt de anonimiteit van deze ziekenhuizen gewaarborgd.

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

Doel	Het doel van deze indicator is om het aantal verwisselingen als ongewenste uitkomst van zorg inzichtelijk te maken.
Omschrijving	Aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde en interventie per 1000 electieve ingrepen.
Teller	Afzonderlijk: <ul style="list-style-type: none"> • - Aantal verwisselingen van patiënt; • - Aantal verwisselingen van plaats en zijde; • Aantal verwisselingen van interventie.
Noemer	Totaal aantal electieve ingrepen
Definitie (s)	<p><u>Spoedingrepen:</u> Procedures bij patiënten met een acuut levensbedreigende aandoening.</p> <p><u>Juiste plaats:</u> Hierbij gaat het niet om links of rechtsaanduidingen, maar om de juiste plaats waar de interventie plaats moet vinden. Bijvoorbeeld tussen welke wervels.</p> <p><u>Juiste interventie:</u> Hierbij gaat het er niet om of vooraf de juiste keus is gemaakt over de interventie, maar of op het moment zelf de juiste interventie wordt toegepast. Juist wordt dan gedefinieerd als: volgens opdracht of afspraak.</p>
In-/exclusiecriteria	Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • spoedingrepen
Bron teller	(Bij voorkeur digitaal) OK-systeem, intern incidentmeldingssysteem
Bron noemer	(Bij voorkeur digitaal) OK-systeem
Meetperiode/ meetfrequentie	De meetfrequentie is continue. Deze indicator wordt gemeten voor de duur van het VMS veiligheidsprogramma.
Meetniveau	Patiëntniveau
Rapportageniveau	Ziekenhuisniveau
Rapportage frequentie	Jaarlijks
Type indicator	Uitkomst

Achtergrond en doel

Deze uitkomstindicator moet continu worden gemeten omdat het gaat om een lage incidentie op jaarbasis en de meldingsplicht die toch al voor deze verwisselingen geldt. Het gaat hierbij om het totaal aantal verwisselingen van patiënt, plaats en zijde en interventie tezamen dat heeft plaatsgevonden.

Betrouwbaarheid

Het expertteam is van mening dat de indicator onder de gekozen voorwaarden en bij gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert.

Discriminerend vermogen

Het expertteam verwacht dat er voldoende variatie is tussen ziekenhuizen.

Minimale bias / beschrijving relevante case-mix

Controle voor casemix-verschillen is volgens het expertteam niet nodig.

Registreerbaarheid

Voor deze indicator worden gegevens uit het digitaal OK-systeem gebruikt, eventueel in combinatie met gegevens uit interne incidentmeldingen. Indien er nog geen digitaal OK-systeem is, wordt geadviseerd dat te ontwikkelen.

De gegevens van uw ziekenhuis kunt u insturen aan het Veiligheidsprogramma via de Themamonitor, de registratiemodule van de thema's (beschikbaar via www.vmszorg.nl), De gegevens zullen binnen het Veiligheidsprogramma vertrouwelijk worden behandeld en alleen in geaggregeerde vorm (de resultaten van alle deelnemende ziekenhuizen tezamen) naar buiten worden gebracht. De gegevens zullen niet herleidbaar zijn naar individuele ziekenhuizen.

U kunt de gegevens van uw ziekenhuis via de Themamonitor benchmarken met andere ziekenhuizen. Hierbij wordt de anonimiteit van deze ziekenhuizen gewaarborgd.