



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Veiligheids- indicatoren ziekenhuizen

2010
2012

**Toezicht op het Veiligheidsprogramma
'Voorkom schade, werk veilig'**

Algemene informatie over kwaliteitsindicatoren en een digitale set Veiligheidsindicatoren ziekenhuizen zijn te vinden op www.igz.nl en www.ziekenhuizentransparant.nl.

Inhoud

Inleiding	5
Veiligheidsindicatoren	9
1 Ziekenhuissterfte	10
1.1 <i>Toelichting:</i> HSMR	13
1.1 <i>Indicator:</i> HSMR	13
1.2 <i>Indicator:</i> Verbeteracties op basis van HSMR	14
2 Vermijdbare sterfte en schade	15
2.1 <i>Toelichting:</i> Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade	15
2.1 <i>Indicator:</i> Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade	16
2.2 <i>Toelichting:</i> Onverwacht lange opnameduur	16
2.2 <i>Indicator:</i> Onverwacht lange opnameduur	16
3 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)	18
4 Veiligheidsthema's	19
4.1 Voorkomen van wondinfecties na een operatie (POWI)	19
4.2 De behandeling van ernstige sepsis en het voorkomen van lijnsepsis	20
4.3 Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt	21
4.4 Medicatieverificatie bij opname en ontslag	21
4.5 Kwetsbare ouderen	22
4.6 Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen	22
4.7 Vroege herkenning en behandeling van pijn	23
4.8 High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia	23
4.9 Verwisseling van en bij patiënten	24
4.10 Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen	24

Inleiding

Het veiligheidsprogramma, de rol van overheid en inspectie

Ziekenhuizen, medisch specialisten en verpleegkundigen vertegenwoordigd in de NVZ, NFU, OMS, LEVV en V&VN, hebben op 12 juni 2007 het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' gepresenteerd en aan de Minister aangeboden. Doel van het Veiligheidsprogramma is het verbeteren van patiëntveiligheid in ziekenhuizen op korte termijn, waardoor binnen 5 jaar het aantal vermijdbare sterfgevallen en andere vermijdbare schade met 50% zal verminderen. Het Programma omvat drie verbetertrajecten: het implementeren van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in alle ziekenhuizen, het reduceren van vermijdbare sterfte en schade op tien inhoudelijke thema's en het invoegen van patiëntveiligheid in onderwijs, onderzoek en opleiding.

De Minister heeft de doelstelling van het Veiligheidsprogramma, een reductie van vermijdbare sterfte en schade van 50%, overgenomen en biedt financiële ondersteuning aan de opzet en uitwerking van het Veiligheidsprogramma.

Mede op verzoek van de initiatiefnemers houdt de IGZ toezicht op de invoering van het Veiligheidsprogramma en het behalen van de beloofde resultaten. Dit toezicht kent twee aspecten, enerzijds het ten behoeve van de Minister en Tweede Kamer monitoren van voortgang en resultaat van het Veiligheidsprogramma op landelijke schaal, anderzijds toezicht op de invoering en het resultaat in individuele ziekenhuizen. Bij de handhaving kan de gebruikelijke aanpak van stapsgewijze intensivering worden gehanteerd.

Monitoren van het Veiligheidsprogramma

Ziekenhuizen implementeren tot december 2012 een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de tien inhoudelijke thema's. De interventies voor de genoemde thema's zijn vastgesteld door expertgroepen binnen het Veiligheidsprogramma en gebaseerd op best practices in binnen en buitenland. De eerste vier thema's waren in december 2008 alle bekend. De overige zes thema's zijn in 2009 in concept beschikbaar gekomen en de schriftelijke goedkeuring van de definitieve omschrijving door de betrokken Wetenschappelijke Verenigingen is 2010 gerealiseerd. Deelname aan het landelijk programma is niet verplicht. Immers ieder ziekenhuis bepaalt zelf in hoeverre de voorgestelde activiteit op de thema's in het eigen ziekenhuis extra gezondheidswinst of meer veiligheid oplevert. Voor een ziekenhuis dat al als voorbeeld van best practice dient, is minder extra winst te verwachten.

Inspectiebezoeken

Inspectiebezoeken geven een beeld van hoe in het ziekenhuis werkelijk gewerkt wordt aan patiëntveiligheid en in hoeverre ook de Raad van Bestuur hierin is geïnvolveerd. Hiervoor kunnen inspecteurs inzage vragen in de gegevens die verzameld worden binnen het Veiligheidsprogramma en de wijze waarop die voor interne sturing worden gebruikt. Hierbij kan het gesprek ook gaan over de positie die het ziekenhuis inneemt ten opzichte van andere ziekenhuizen en eventuele veranderingen hierin in de tijd. Het verslag van een

inspectiebezoek bevat niet de cijfers die de inspecteur heeft gezien, maar wel het oordeel of het ziekenhuis al dan niet voldoet aan de eisen voor verantwoorde zorg door het instellen van afdoende verbeteracties.

Indicatoren voor het Veiligheidsprogramma

Voor het toezicht van de IGZ is een beperkte set specifieke Veiligheidsindicatoren ontwikkeld die voor wat betreft de logistieke verwerking wordt toegevoegd aan de Basisset Prestatie-indicatoren^[1].

In december 2008 publiceerde de inspectie de aparte uitgave *Indicatoren Veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen 2009*. In onderliggende publicatie worden de veiligheidsindicatoren voor 2010 tot en met 2012 bekend gemaakt. Na 2012 wordt bezien in hoeverre de veiligheidsindicatoren deel uit gaan maken van de Basisset Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuizen.

Een invoermodule voor deze indicatoren wordt opgenomen bij de gebruikelijke invoermodule voor de Basisset Kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen. De resultaten worden door de IGZ gepubliceerd op de website www.igz.nl. Op basis van de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) zijn de resultaten van deze indicatoren volledig openbaar.

Het gaat voor het veiligheidsprogramma om de volgende Veiligheidsindicatoren:

HSMR, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur

De indicatoren over participatie in de HSMR, de uitvoering van dossieronderzoek en het percentage onverwacht lange opnameduur zijn onderdeel van het toezicht binnen het Veiligheidsprogramma.

Vermijdbare sterfte en vermijdbare schade

Omdat inzicht in de ontwikkeling van de ziekenhuissterfte geen direct antwoord geeft op de vraag hoe de vermijdbare sterfte zich ontwikkelt, is het uitvoeren van dossieronderzoek gewenst. Dit kan door een eigen systematische dossieranalyse. Daarnaast wordt een herhaling van het EMGO/Nivelonderzoek uit 2004 uitgevoerd. Door dit onderzoek te spreiden over de jaren waarin het Veiligheidsprogramma effect moet laten zien, biedt het de mogelijkheid de ontwikkeling van vermijdbare sterfte jaarlijks te volgen terwijl het in 2012 een voldoende aantal dossiers omvat om een betrouwbare uitspraak over verandering van vermijdbare sterfte te doen. Patiënten die langer opgenomen zijn dan verwacht zijn een mogelijke indicatie voor problemen in de zorg.

[1] Sinds 1.1.2010 wordt niet langer over prestatie-indicatoren maar over kwaliteitsindicatoren gesproken. ***Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)***

Voor invoering en gebruik van het VMS zijn geen indicatoren opgenomen. Ziekenhuizen die deelnemen aan het Veiligheidsprogramma gebruiken een zelfevaluatie-instrument en rapporteren de voortgang binnen het Programma. Daarnaast zal de IGZ jaarlijks bij een steekproef van 20 ziekenhuizen de voortgang van invoering onderzoeken tijdens een inspectiebezoek.

De tien thema's

Voor een beschrijving van de achtergronden van de tien thema's, de mogelijke interventies en literatuurverwijzingen wordt verwezen naar de website van het Veiligheidsprogramma: <http://www.vmszorg.nl/10-Themas>. Per thema is een praktijkgids met alle relevante informatie beschikbaar die van deze website is te downloaden. De inspectie verwijst graag naar deze informatie voor de onderbouwing van de gekozen veiligheidsindicatoren. Deze sluiten volledig op de informatie uit de praktijkgidsen aan.

- 1 *Voorkomen van wondinfecties na een operatie*
Ten opzichte van de veiligheidsindicatoren 2009 is deze indicator niet gewijzigd.
- 2a *De behandeling van ernstige sepsis en*
2b *het voorkomen van lijnsepsis*
Ten opzichte van de veiligheidsindicatoren 2009 zijn deze indicatoren niet gewijzigd.
- 3 *Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt*
Ten opzichte van de veiligheidsindicatoren 2009 is deze indicator niet gewijzigd.
- 4 *Medicatieverificatie bij opname en ontslag*
Ten opzichte van de veiligheidsindicatoren 2009 is deze indicator niet gewijzigd.
- 5 *Kwetsbare ouderen*
Deze indicator is al opgenomen in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010 en is als veiligheidsindicator niet gewijzigd.
- 6 *Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen*
De interventies bij dit thema zijn in de loop van 2010 bekend geworden. De bijbehorende indicator kon helaas nog niet vastgesteld worden. Zodra dat wel het geval is zal dat aan de ziekenhuizen bekend worden gemaakt. Vooralsnog geldt de indicator zoals deze is opgenomen in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.
- 7 *Vroege herkenning en behandeling van pijn*
Deze indicator is al opgenomen in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010 en is als veiligheidsindicator niet gewijzigd.
- 8 *High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia*

De indicator gaat na of incidenten met betrekking tot het klaarmaken en toedienen van parenteralia aan de Centrale Medicatiefouten Registratie worden gemeld.

9 *Verwisseling van en bij patiënten*

De indicator gaat na of er in het ziekenhuis aantoonbare identificatie- en verificatie-procedures op kritieke transfermomenten van het operatieve traject zijn.

10 *Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen*

De indicator gaat na of de eGFR in het ziekenhuis centraal wordt geregistreerd.

Veiligheidsindicatoren

1 Ziekenhuissterfte

Ziekenhuissterfte wordt bepaald door twee factoren: patiëntkenmerken, aard en ernst van de ziekte (tezamen de 'input') en de kwaliteit van de verleende zorg. Theoretisch zou een verschil in sterfte een verschil in kwaliteit van zorg reflecteren als voor alle variantie in input gecorrigeerd kan worden. Echter, in de praktijk is deze algehele correctie niet mogelijk. De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) is een deels gecorrigeerde maat voor ziekenhuissterfte bij 50 diagnosegroepen (de zogenoemde CCS-groepen) die in Nederland verantwoordelijk zijn voor ongeveer 80 procent van de ziekenhuissterfte. De HSMR reflecteert kortom een oorzaken-top-50 van overlijden binnen het ziekenhuis. De HSMR corrigeert voor een aantal patiëntkenmerken die standaard worden geregistreerd in de LMR, namelijk leeftijd, geslacht, hoofd- en nevendiagnosen, urgentie van opname, sociaaleconomische status, herkomst en maand en jaar van ontslag/overlijden. De aanname is dat een ziekenhuis met een hogere HSMR wellicht meer aandacht behoeft dan een ziekenhuis met een lagere HSMR.^[2] Er is echter nog veel discussie over het gebruik van de HSMR als instrument voor de 'ranking' van ziekenhuizen wat betreft hun zorg-kwaliteit.^[3] Deze discussie spitst zich toe op o.a. de volgende punten:

- 1 De berekening van de HSMR gaat ervan uit dat voor alle variatie (heterogeniteit ofwel 'case-mix') in de opgenomen patiënten tussen ziekenhuizen op de juiste wijze gecorrigeerd is. Het is de vraag of de LMR-data hiervoor toereikend zijn, en derhalve verschillen in HSMR toe te schrijven staan aan verschillen in zorgkwaliteit.
- 2 De HSMR wordt berekend over 50 diagnosegroepen die samen 80% van de ziekenhuissterfte in Nederland vertegenwoordigen. Het is de vraag in hoeverre de vergelijking voldoende opgaat voor ziekenhuizen waar minder dan 80% van de sterfte uit deze diagnosegroepen voortkomt. Dit kan bijvoorbeeld bij universitaire medische centra (UMC's) het geval zijn.
- 3 De berekening van de HSMR staat of valt met de correcte selectie en instuur van patiënten, en met de volledigheid en juistheid van de registratie van de diagnosegroepen en de andere bovengenoemde (patiënt)factoren waarvoor de HSMR corrigeert.
- 4 De relatie tussen de HSMR en andere kwaliteits- ofwel prestatie-indicatoren is nog nooit onderzocht, en onderwerp van discussie.

[2] Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, Hurwitz B, Iezzoni Li: Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ* 1999;318:1515-1520.

[3] Lilford RJ, Brown CA, Nicholl J: Use of process measures to monitor the quality of clinical practice. *BMJ* 2007;335:648-650.

De HSMR wordt continu doorontwikkeld^[4,5]. Zo wordt sinds het registratiejaar 2006 het HSMR model bottom-up opgebouwd, dat wil zeggen dat voor iedere diagnosegroep aparte modellen met correctiefactoren zoals comorbiditeit of sociaaleconomische status zijn ontwikkeld. Deze methodiek houdt beter rekening met de heterogeniteit in en tussen diagnosegroepen. In het model voor 2007 is de variabele ‘herkomst’ toegevoegd. Deze variabele bestaat uit 3 categorieën te weten; afkomstig van huis, uit een verpleeghuis of uit een ander ziekenhuis (i.e. derdelijnszorg) waarbij vervolgens onderscheid wordt gemaakt tussen algemene en academische ziekenhuizen. Ook wordt er in het nieuwe HSMR-model niet meer alleen gekeken naar de hoofddiagnose ofwel CCS-groep (op hoog aggregatieniveau), maar ook naar de onderliggende ICD-9 codes. Op deze wijze kan beter rekening worden gehouden met onderlinge variatie in ernst en aard van opgenomen patiënten. Het is de verwachting dat deze verbeterde HSMR (zeker ook bij een toenemende kwaliteit van LMR-gegevens als gevolg van onder andere een betere codering in de ziekenhuizen zelf) een beter beeld geeft over de ontwikkeling van de kwaliteit en veiligheid in een bepaald ziekenhuis, en wellicht ook over verschillen tussen Nederlandse ziekenhuizen. Onderzoek van Prismant toonde aan dat de registratie van de LMR in 2006 zodanig was dat bij 69 ziekenhuizen de HSMR betrouwbaar berekend kon worden. In dit onderzoek werd eveneens aangegeven welke interventies of maatregelen nodig zouden zijn in de ziekenhuizen die niet, dan wel niet volledig, registreren ten behoeve van een adequate LMR^[6].

De HSMR is op dit moment de enige beschikbare maat om de ontwikkeling van de ziekenhuissterfte per ziekenhuis te monitoren. Andere varianten worden op dit moment onderzocht, zoals de SMR per specialisme of diagnosegroep.

Omdat voor surveillance, monitoren met als doel verbetering van de zorgkwaliteit, een correcte registratie van groot belang is, adviseert de WAM bij indicatoren de registratie van dergelijke (gecorrigeerde) uitkomstindicatoren^[7] gebruik te maken van een onafhankelijke derde partij (Trusted Third Party, TTP). Deze TTP heeft als taak gegevens als vertrouwelijke, interne indicatoren te behandelen, maar ook om validiteitchecks uit te voeren. Dergelijke uitkomstindicatoren geven, als zij betrouwbaar worden ingevuld, na aggregatie een beeld van het behaalde resultaat op ziekenhuisniveau. Het verzamelen en analyseren van deze gegevens bij één TTP garanderen dat er één uniforme uitslag voor de landelijke gegevens beschikbaar is, gebaseerd op één unieke wijze van dataverzameling met één gezamenlijk databestand.

[4] Heijink R, Koolman X, Pieter D, van d, V, Jarman B, Westert G: Measuring and explaining mortality in Dutch hospitals; the hospital standardized mortality rate between 2003 and 2005. *BMC Health Serv Res* 2008, 8: 73.

[5] Jarman B, Pieter D, van d, V, Kool RB, Aylin P, Bottle A et al.: The hospital standardised mortality ratio: a powerful tool for Dutch hospitals to assess their quality of care? *Qual Saf Health Care* 2010, 19: 9-13.

[6] Borghans, H.J., Pieter, D., Hoenen, J.A.H.J., Kool, R.B. De toepasbaarheid van de HSMR in het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008). Prismant: Utrecht.

[7] Dit advies geldt voor de HSMR, SMR, postoperatieve wondinfecties en sepsis.

Het is van belang dat de meetadviezen en analyses wetenschappelijk zijn te onderbouwen. Daarom dienen de rekenmethodes voor gecorrigeerde indicatoren openbaar te zijn. Bovendien mag het gebruik van methodes geen monopoliepositie creëren voor één commerciële partij.

Voor de HSMR is een nulmeting beschikbaar vanaf 2003. De overall sterfte in Nederlandse ziekenhuizen vertoont een natuurlijke daling. Mogelijk is deze daling veroorzaakt door verbetering van de behandeling, maar ook verschuiving van de plaats van overlijden kan een verklaring zijn. Bij een afname van de vermijdbare sterfte door betere patiëntveiligheid zal deze daling naar verwachting versnellen, maar het is te betwijfelen, om bovenstaande redenen, of deze extra daling werkelijk aantoonbaar zal worden. Een afname van de verschillen tussen ziekenhuizen en een afname van het aantal ziekenhuizen met een extreem hoge HSMR zouden het resultaat van het veiligheidsprogramma enigszins zichtbaar kunnen maken.

Kennis van een ziekenhuis' eigen positie van de HSMR, maar vooral veranderingen in de HSMR in de tijd en verschillen in SMR tussen diagnoses en specialismen, bieden ziekenhuizen een signaal om nader (intern) onderzoek te doen naar de redenen om zonnodig verbeteracties te starten.

Bij vergelijking tussen ziekenhuizen kan presentatie van de HSMR in een 'funnelplot' een beter handvat bieden dan de, in de voorgaande jaren gebruikelijke, presentatie met een ranking voorzien van betrouwbaarheidsintervallen^[8].

Bij een mortaliteit die significant afwijkt van de op grond van de (H)SMR verwachte sterfte moet het ziekenhuis aan de hand van intern onderzoek nagaan:

- of structurele selectie-, registratie en/of codeerfouten ten grondslag liggen aan extreme (H)SMR-waardes en waar nodig daarin verbetering aan te brengen;
- of de afwijking veroorzaakt kan worden door een bijzondere casemix en dit te rapporteren aan de instantie die de (H)SMR berekent;
- hoe de sterfte zich in de loop van de tijd voor hun ziekenhuis heeft ontwikkeld en of de SMR-waardes verschillen tussen diagnosegroepen;
- of een hogere sterfte dan verwacht aanknopingspunten biedt voor gerichte verbetermaatregelen.

Op dezelfde wijze kan het de inspectie een handvat bieden om bij ziekenhuizen met een hogere HSMR gericht onderzoek te doen naar de reden voor een opvallende positie, verschillen tussen diagnosegroepen of een opvallende trend en na te gaan of adequate verbeteracties zijn gestart.

[8] Van Dishoeck AM, Looman CM, van der Wilden-van Lier EC, Mackenbach JP, Steyerberg EW. Prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen. De invloed van onzekerheid. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:804-11.

1.1 Toelichting: HSMR

Om de HSMR te kunnen gebruiken voor het landelijk monitoren van de ziekenhuissterfte, en verandering hierin te krijgen door het patiëntveiligheidsprogramma, moeten alle ziekenhuizen gegevens beschikbaar hebben voor berekening van de HSMR. In een brief van 12 december 2009 schreven NFU en NVZ aan de minister dat zij werken aan een betrouwbare berekening van gecorrigeerde sterftecijfers en roepen zij ziekenhuizen op de registratie van de benodigde gegevens waar nodig opnieuw te starten of te verbeteren. De doelstelling is dat NFU en de NVZ met ingang van het registratiejaar 2010 gecorrigeerde sterftecijfers van de ziekenhuizen openbaar maken.

Bij deze indicator kunt u aangeven of de LMR-gegevens van uw ziekenhuis betrouwbaar genoeg zijn voor de HSMR-berekening. Indien u extreme resultaten en onverwachte veranderingen in de positie ten opzichte van andere ziekenhuizen opmerkt, moet u deze bij de inspectie melden.

1.1 Indicator: HSMR

Deed uw ziekenhuis in het rapportagejaar mee aan de Landelijke Medische Registratie?

Ja Nee

Indien ja; zijn de LMR-gegevens door Kiwa Prismant betrouwbaar genoeg geacht voor de HSMR-berekening?

Ja Nee

Indien nee; voor welk onderdeel zijn de LMR-gegevens niet betrouwbaar genoeg voor de HSMR-berekening:

- te weinig nevendiaagnosen geregistreerd
- te weinig urgente opnamen geregistreerd
- te veel diagnosen geregistreerd in vage codes
- te sterk afwijkende casemix van het ziekenhuis
- anders, namelijk:

Gebruikt u de HSMR om de sterfte binnen uw ziekenhuis te monitoren?

Ja Nee

Gebruikt u de diagnosespecifieke SMR's om de sterfte binnen uw ziekenhuis te monitoren?

Ja Nee

Toelichting:

1.2

Indicator:

Verbeteracties op basis van HSMR

Gebruikt u de informatie uit de (H)SMR om op basis van een trend in de tijd of vergelijking tussen verschillende diagnosegroepen (zonodig) verbeteracties te starten?

Ja

Nee

Indien ja; op welke wijze vinden deze verbeteracties plaats?

2 Vermijdbare sterfte en schade

Uit het EMGO/Nivelonderzoek naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen^[9] bleek dat 5-6% van de in 2004 in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken krijgt met onbedoelde schade en ongeveer 2% met vermijdbare schade. Dit waren in heel Nederland in 2004 naar schatting 30.000 patiënten. Het onderzoek benoemt een aantal triggers in ziekenhuisdossiers die helpen bij het opsporen van onbedoelde en vermijdbare gebeurtenissen die tot schade bij patiënten kunnen leiden. Inmiddels wordt in een aantal ziekenhuizen deze methode gebruikt voor het monitoren en waar mogelijk verminderen van vermijdbare schade. Hiertoe zijn/worden medewerkers uit het ziekenhuis getraind om triggers te signaleren en vervolgens in de geïdentificeerde dossiers systematisch te zoeken naar onbedoelde gebeurtenissen.

Uit het EMGO/Nivelonderzoek blijkt een veel langere opnameduur dan verwacht een goed meetbare en belangrijke trigger. Deze onverwacht lange opnameduur wordt vrijwel altijd veroorzaakt door onverwachte complicaties die al dan niet aan de zorgverlening gerelateerd zijn. Dossieronderzoek van patiënten met een onverwacht lange opnameduur biedt een handvat om verbeteringen van substandaardzorg te starten. Omdat opnameduur en verwachte opnameduur al standaard in de LMR geregistreerd worden, is de onverwacht lange opnameduur een makkelijk meetbare indicator voor het optreden van complicaties voor ziekenhuizen die de LMR gebruiken.

2.1 Toelichting: Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade

Dossieronderzoek is een belangrijke methode om gestructureerd onderzoek naar vermijdbare schade in het ziekenhuis te verrichten en hierop verbeteracties te starten. Omdat de HSMR een maat is voor overall ziekenhuissterfte, met als doel inzicht te krijgen in de vermijdbare sterfte, is naast de initiatieven die ziekenhuizen zelf ontwikkelen ook een herhaling van het dossieronderzoek voorzien. Dit onderzoek wordt gespreid over 3 jaar uitgevoerd. Hierdoor biedt het de mogelijkheid de ontwikkeling van vermijdbare gebeurtenissen jaarlijks te volgen en omvat het na 5 jaar een voldoende aantal dossiers om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over vermindering, dan wel verandering van deze vermijdbare schade.

[9] De Bruijne MC, Zegers M, Loonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. EMGO-instituut, Nivel 2007, ISBN 978-90-6905-845-0.

2.1

Indicator:

Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade

Gebruikt u dossieronderzoek en de daarin genoemde triggers als methode voor het verminderen van onbedoelde en vermijdbare zorggerelateerde schade?

- Ja, deelname aan het EMGO/Nivelherhalingsonderzoek
 Ja, eigen systematische dossieranalyse
 Nee

Indien ja; worden de resultaten uit dit onderzoek binnen uw ziekenhuis gebruikt voor verbeteracties?

- Ja Nee

Op welke wijze vinden deze verbeteracties plaats?

2.2

Toelichting:

Onverwacht lange opnameduur

Een hoog percentage patiënten met een onverwacht lange opnameduur kan een aanwijzing zijn voor substandaardzorg.

De gegevens ten behoeve van deze indicator zijn beschikbaar in de LMR.

- *Exclusie:*
Patiënten opgenomen in dagopname.

2.2

Indicator:

Onverwacht lange opnameduur^[10]

Bij indicator 1.1 (HSMR) heeft u al kunnen aangeven of uw ziekenhuis deelneemt aan de Landelijke Medische Registratie. Als uw ziekenhuis bij deze vraag 'ja' heeft geantwoord, registreert uw ziekenhuis ook de operaties in de LMR?

- Ja Nee

[10] Kiwa Prismant kan voor elk ziekenhuis dat aan de LMR deelneemt een rapportage maken waarin deze indicator is uitgewerkt. Naast de indicatorgegevens bevat de rapportage ook een overzicht per specialisme en een bestand dat gebruikt kan worden voor dossieronderzoek.

Alle ziekenhuizen die aan de LMR deelnemen kunnen onderstaande vragen beantwoorden, ongeacht of u wel of niet de operaties in de LMR vastlegt.

Teller: Aantal patiënten in het verslagjaar dat een gerealiseerde verpleegduur had die meer dan 50% hoger ligt dan verwacht. Dit aantal is exclusief de in het ziekenhuis overleden patiënten en de patiënten met een verpleegduur van 100 dagen en langer. Het betreft alleen de klinisch opgenomen patiënten.

Noemer: Totaal aantal patiënten dat in het verslagjaar opgenomen is geweest in uw ziekenhuis (alleen kliniek)

Percentage:

%

Toelichting:

3 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is de basis voor enerzijds een gericht risicomanagement op het gebied van patiëntveiligheid en anderzijds een belangrijk instrument voor een noodzakelijke cultuurverandering gericht op patiëntveiligheid. Veel ziekenhuizen zijn hier al mee bezig. Binnen het Veiligheidsprogramma is een zelfevaluatie-instrument ontwikkeld waarmee de ziekenhuizen hun status kunnen monitoren. Het VMS wordt ook een vast onderdeel van de NIAZ-accreditatie.

In 2009 heeft de NVZ vereniging van ziekenhuizen per jaar speerpunten geformuleerd die als handvat kunnen dienen voor een ziekenhuis om uiteindelijk in 2012 over een gecertificeerd VMS te kunnen beschikken. De IGZ gebruikt de speerpunten als richtlijn voor het toetsen van de implementatie van het VMS in ziekenhuizen.

De IGZ zal ieder jaar een toets uitvoeren bij 20 ziekenhuizen. Daarbij wordt beoordeeld of verwacht mag worden dat de individuele ziekenhuizen in 2012 op certificeerbaar niveau zullen zijn. Ziekenhuizen die sinds 2009 door het NIAZ zijn geaudit in het kader van de NIAZ-accreditatie kunnen de NIAZ-auditgegevens over het VMS aan de IGZ beschikbaar stellen. Zij worden in principe dan niet door de IGZ bezocht.

4 Veiligheidsthema's

Zoals vermeld in de inleiding, zijn de tien inhoudelijke veiligheidsthema's door expert-teams uitgewerkt. Voor alle tien thema's zijn voor de jaren 2010 tot en met 2012 de volgende veiligheidsindicatoren aangewezen.

4.1 Voorkomen van wondinfecties na een operatie (POWI)

De indicator sluit aan en is een aanvulling op de indicator *Surveillance van ziekenhuisinfecties* in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/POWI> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

4.1.1 Indicator: Surveillance postoperatieve wondinfecties

De indicator *Surveillance van ziekenhuisinfecties* van de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010 wordt uitgebreid met onderstaande lijst. Hierin kunt u aangeven voor welke ingrepen u deelneemt aan PREZIES.

Gespecificeerde ingrepen zoals opgenomen in het Veiligheidsprogramma

	Surveillance PREZIES of eigen methode?	Registratie bij validatie door PREZIES voldoende?
Cardiochirurgie		
Coronaire bypass-graft		
Klepvervangng		
Coronaire bypass-graft en klepvervangng		
Algemene chirurgie		
Mastectomie met en zonder okseltoilet		
Laparoscopische cholecystectomie		
Colonresectie		
Vaatchirurgie		
Reconstructie aorta + bloedvaten in de buik		
Orthopedie		
Totale heupprothese		
Totale knieprothese		
Gynaecologie		
Abdominale uterusextirpatie		
Vaginale uterusextirpatie		
Sectio caesarea		
Neurochirurgie		
Laminectomie		

4.2 De behandeling van ernstige sepsis en het voorkomen van lijnsepsis

Deze indicator sluit aan en is een aanvulling op het deel van de indicator *Surveillance van ziekenhuisinfecties* dat gaat over centrale lijngerelateerde sepsis in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Sepsis> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

4.2.1 Indicator: Registratie van centrale lijninfecties

Indien u deelneemt aan surveillance van lijnsepsis: is de deelname door PREZIES als voldoende gevalideerd?

Ja Nee

4.2.2 Indicator: Registratie gebruik sepsisbundel bij ernstige sepsis en lijnsepsis

Registreert u de naleving van de volgende sepsisbundels

Resuscitatiebundel ernstige sepsis

Ja, bij alle patiënten
 Ja, bij een deel van de patiënten
 Nee

Managementbundel ernstige sepsis

Ja, bij alle patiënten
 Ja, bij een deel van de patiënten
 Nee

Lijnsepsisbundel

Ja, bij alle patiënten
 Ja, bij een deel van de patiënten
 Nee

4.3 Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Vitaal-bedreigde-patiënt> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

4.3.1 Indicator:
Registratie van reanimaties

Registreert u reanimaties die plaatsvinden op alle afdelingen in uw ziekenhuis?

- Ja, op alle afdelingen
- Nee, alleen op specifieke afdelingen, namelijk:
- Nee, geen registratie

4.4 Medicatieverificatie bij opname en ontslag

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Medicatieverificatie> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

4.4.1 Indicator:
Medicatieverificatie deskundigheid medewerker bij opname

Wat is de deskundigheid van de medewerker in uw ziekenhuis die de medicatieverificatie uitvoert bij opname?

4.4.2 Indicator:
Medicatieverificatie deskundigheid medewerker bij ontslag

Wat is de deskundigheid van de medewerker in uw ziekenhuis die de medicatieverificatie uitvoert bij ontslag?

4.5 Kwetsbare ouderen

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Kwetsbare-ouderen> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

- 4.5.1 Indicator:
Screening op ondervoeding in de kliniek

Is gelijk aan de indicator *Screening op ondervoeding in de kliniek* in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.

- 4.5.2 Indicator:
Deliriumbeleid bij klinische patiënten

Is gelijk aan de indicator *Deliriumbeleid bij klinische patiënten* in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.

- 4.5.3 Indicator:
Risico op delirium

Is gelijk aan de indicator *Risico op delirium* in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.

4.6 Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/ACS> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

- 4.6.1 Indicator:
Ziekenhuissterfte na opname voor een AMI

Voorlopig gelijk aan de indicator *Ziekenhuissterfte na opname voor AMI* in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.

- 4.6.2 Indicator:
Sterfte na percutane coronaire interventie (PCI)

Voorlopig gelijk aan de indicator *Sterfte na percutane coronaire interventie* in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.

Deze indicatoren zullen na verslagjaar 2010 wijzigen. In overleg met de expertgroep ACS zullen indicatoren worden vastgesteld die passen bij de interventies in dit thema.

4.7 Vroege herkenning en behandeling van pijn

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Pijn> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

- 4.7.1 Indicator:
Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

Is gelijk aan de indicator *Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten* in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.

- 4.7.2 Indicator:
Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie

Is gelijk aan de indicator *Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie* in de Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2010.

4.8 High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/High-risk-medicatie> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

- 4.8.1 Indicator:
Registratie CMR

Registreert u fouten en incidenten met betrekking tot klaarmaken en toedienen van parenteralia aan de Centrale Medicatie-fouten Registratie (CMR)?

- Ja
 Nee, anders:

4.9 Verwisseling van en bij patiënten

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Verwisseling-van-patiënten> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

4.9.1 Indicator: Identificatie- en verificatieprocedure

Bestaat er in uw ziekenhuis een aantoonbare identificatie- en verificatieprocedure op kritieke transfertmomenten van het operatieve traject ten aanzien van:

- De juiste patiënt
- De juiste plaats en zijde
- De juiste interventie
- De juiste benodigdheden
- De juiste patiëntenmaterialen

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee

Kritieke transfertmomenten zijn die plaatsen waar het risico op verwisseling van en bij patiënten het grootst is:

- Op de polikliniek(en) vanaf het intakegesprek voor opname.
- 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 patiëntmaterialen uit de interventie verder verwerkt of onderzocht moeten worden.

4.10 Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen

Voor gedetailleerde informatie over dit thema zie <http://www.vmszorg.nl/10-Themas/Nierinsufficiëntie> en de bij dit thema behorende praktijkgids.

4.10.1 Indicator: Registratie eGFR

Wordt de eGFR in uw ziekenhuis centraal geregistreerd?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
--------------------------	----	--------------------------	-----

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 patiënt. Ook als de eGFR een aantal maanden daarvoor door een ander specialisme is aangevraagd.