

Vergaderjaar 2021–2022

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 348

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 maart 2022

Op 3 maart 2022, heeft het Nivel in samenwerking met het Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut (APH) de Monitor Zorggerelateerde Schade 2019, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen gepubliceerd. Dit rapport beschrijft het onderzoek en de resultaten van de 5e meting naar patiëntveiligheid door Nivel en geeft de stand van zaken rondom de potentieel vermijdbare schade en sterfte onder patiënten die overleden zijn in een Nederlands ziekenhuis¹. Bij deze meting gaat het om een zo identiek mogelijke herhaling van de 4e meting die onder overleden patiënten is uitgevoerd in 2015/2016².

Allereerst dank ik het Nivel en APH, en alle betrokkenen die aan dit rapport hebben meegewerkt. Het rapport is waardevol omdat het een goed beeld geeft van de patiëntveiligheid in de ziekenhuizen en hoe dit zich ontwikkeld heeft door de jaren heen. Ook wil ik via deze weg mijn dank uitspreken aan alle ziekenhuizen die een actieve bijdrage hebben geleverd aan het onderzoek in deze hectische tijd.

In deze brief geef ik u mijn reactie op de hoofdlijnen en de aanbevelingen van dit rapport, dat ik als bijlage bij deze brief stuur³.

Kernboodschap

Mijn ambitie is om potentieel vermijdbare schade en sterfte te reduceren tot zo klein mogelijk. Daarbij moeten we helaas ook accepteren dat zorg

¹ De zelfstandige behandelcentra (ZBC's) zijn in onderhavige studie niet meegenomen aangezien deze op een aantal punten niet vergelijkbaar zijn met ziekenhuizen. Er is een aparte studie uitgevoerd waarin de ZBC's centraal staan.

² In de Monitor «Zorggerelateerde schade 2019» wordt het hoofdonderzoek beschreven. Daarnaast heeft Nivel ook 8 deelstudies uitgebracht (Monitor Patiëntveiligheid 2019–2022, acht deelprojecten | Nivel).

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

nooit voor de volle 100% veilig kan zijn. Er gaat weleens wat mis waardoor mensen niet beter worden, maar zieker. Of zelfs onnodig overlijden. Zorg is en blijft mensenwerk.

In het algemeen is de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg van een hoog niveau, maar desondanks kunnen patiënten schade oplopen in de gezondheidszorg. Sinds 2004 wordt daarom in de Nederlandse ziekenhuizen de patiëntveiligheid gemeten door elke vier jaar een landelijke dossierstudie uit te voeren. Daarnaast houdt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht op de kwaliteit van zorg.

De omvang van de potentieel vermijdbare schade en sterfte is in 2019 ten opzichte van 2015/2016 gelijk gebleven. Er is geen stijging en geen daling opgetreden. De zorg gerelateerde schade die als niet vermijdbaar is beoordeeld, is wel significant gestegen. Ten opzichte van 2015/2016 is de onderzochte groep patiënten op veel kenmerken vergelijkbaar (tabel 3.2 in het rapport), behoudens de groep patiënten met aanzienlijke multi-morbiditeit die in omvang verder is gestegen. Dit maakt een behandeling complexer omdat er meerdere medische disciplines bij betrokken zijn. In de dossiers was te zien dat regelmatig samen met patiënten en naasten keuzes in de zorg en behandeling zijn gemaakt (samen beslissen en advance care planning). Gezien de toenemende complexiteit van patiënten zou dit in de toekomst nog systematischer aandacht kunnen krijgen. Naast een complexere patiëntengroep, kunnen ook de omstandigheden waaronder soms op afdelingen en in ziekenhuizen gewerkt moet worden van invloed zijn op patiëntveiligheid. Bij de keuze van de verbetermogelijkheden en oplossingen voor de komende jaren is het belangrijk om ook aan deze factoren aandacht te besteden.

Op basis van de resultaten uit het onderzoek wordt een aantal aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek geformuleerd. Het faciliteren van multidisciplinaire teamreflectie van zorgverleners, het trainen en versterken van de signaleringsfunctie en het situatiebewustzijn van verpleegkundigen en verzorgenden en het benutten van bestaande kwaliteitsstructuren om vaker systematisch te reflecteren op zorgprocessen in de dagelijkse praktijk worden hierbij genoemd. Ook het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en/of kwaliteitsstandaarden voor advance care planning, het stimuleren van het multidisciplinaire gesprek rondom het toepassen van medische technologie en het vinden van een goede balans tussen Safety I en Safety II initiatieven worden in de aanbevelingen genoemd. Het landelijke programma Tijd voor Verbinding⁴ biedt een goede mogelijkheid om met een groot gedeelte van de aanbevelingen aan de slag te gaan. Ik ga ervan uit dat de missie van het programma namelijk «het gezamenlijk willen komen tot een aanmerkelijke en betekenisvolle daling van potentieel vermijdbare schade en sterfte in de medische specialistische zorg», de komende periode gerealiseerd kan worden. De effecten van het programma Tijd voor Verbinding zijn nog niet terug te zien in deze 5e monitor van het Nivel, omdat data uit 2019 zijn onderzocht en het programma in 2020 gestart is.

Monitor zorggerelateerde schade

Met deze 5e monitor wordt de potentieel vermijdbare schade en sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen door de tijd heen gevolgd en inzichtelijk gemaakt. De resultaten maken zichtbaar hoe het ervoor staat met de patiëntveiligheid in ziekenhuizen en laten zien of er verbetering c.q. verslechtering optreedt. Er hebben vier eerdere metingen plaatsgevonden met steeds een interval van vier jaar. De uitkomst van de 1e meting heeft

⁴ Programma tijd voor verbinding (programmatvv.nl).

in 2008 geleid tot de start van een landelijke programmatische aanpak van patiëntveiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen, het VMS-veiligheidsprogramma, voor de duur van vijf jaar (2008–2012). Het initiatief en de uitvoering van dat programma was in handen van vier brancheorganisaties van ziekenhuizen, de medisch specialisten en de verpleegkundigen. VWS heeft het programma destijds financieel ondersteund. De 2e meting was een tussenmeting die werd gepubliceerd in 2010 en onderzocht de stand van zaken in 2008. De 3e meting, die in november 2013 werd gepubliceerd, over de periode 2011–2012 liep parallel aan de uitvoering van genoemd VMS-veiligheidsprogramma. De uitkomsten lieten zien dat aan het einde van het programma de potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade en sterfte in de ziekenhuizen aanzienlijk (50%) was gedaald. De brancheorganisaties hebben na afloop van het VMS-programma aangegeven hun inzet op patiëntveiligheid in de ziekenhuizen onverminderd voort te zullen zetten, maar niet in de vorm van een landelijke programmatische aanpak. De 4e monitor in 2017 (over de periode 2015–2016) toonde dat de potentieel vermijdbare schade en sterfte niet verder was gedaald, maar gelijk was gebleven. De onderzoekers concludeerden dat aandacht nodig was op medicatieveiligheid, het stimuleren van een lerende open cultuur en het gebruik van ICT-systemen voor het uitwisselen van medicatiegegevens (met name voor kwetsbare ouderen) ⁵.

Algemene resultaten monitor 2019

In het onderzoek wordt een aantal kernbegrippen gehanteerd, zoals zorggerelateerde schade⁶, potentieel vermijdbare schade en potentieel vermijdbare sterfte⁷. Deze begrippen zijn op dezelfde manier afgebakend als in voorgaande onderzoeken en sluiten aan bij buitenlandse studies zodat vergelijking mogelijk is. In de monitor worden de volgende voorbeelden genoemd.

- Zorggerelateerde schade, maar niet vermijdbaar: Bijvoorbeeld; Patiënt overlijdt ten gevolge van neurologische complicaties na een bypassoperatie.
- Potentieel vermijdbare schade, maar niet gerelateerd aan het overlijden: Bijvoorbeeld; Allergische reactie op een geneesmiddel, waardoor de patiënt huiduitslag krijgt. De patiënt overlijdt enkele dagen later als gevolg van een complicatie tijdens een operatie.
- Potentieel vermijdbare sterfte: Bijvoorbeeld; Een darmperforatie wordt gemist, waardoor het weefsel van de darm afsterft (necrose) en de patiënt komt te overlijden.

In dit 5e dossieronderzoek zijn dossiers van overleden patiënten uit 2019 beoordeeld en de resultaten zijn vergeleken met de resultaten van eerdere metingen. Voor dit 5e onderzoek zijn steekproefsgewijs 150 dossiers uit 20 ziekenhuizen⁸ beoordeeld (circa 3000 dossiers in totaal).

De steekproef van ziekenhuizen is zo getrokken dat deze als representatief geldt voor heel Nederland. De dossiers zijn beoordeeld door daarvoor

⁵ Kamerstuk 31 016, nr. 104.

⁶ Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet)handelen van een zorgverlener en/of het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

⁷ Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

⁸ Verdeling over UMC's, topklinische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen. De ZBC's zijn in onderhavige studie niet meegenomen. Er is een aparte studie uitgevoerd waarin de ZBC's centraal staan.

getrainde verpleegkundigen en medisch specialisten. De gevolgde methode is internationaal erkend en wordt op dit moment beschouwd als «gouden standaard».

Het onderzoek beantwoordt de vraag of de groep in het ziekenhuis overleden patiënten te maken heeft gehad met zorggerelateerde schade, en zo ja, in welke mate deze zorggerelateerde schade potentieel vermijdbaar was en in welke mate deze vermijdbare zorggerelateerde schade heeft bijgedragen aan de sterfte van de patiënt.

In de onderstaande tabel zijn de resultaten uit de vierde en de vijfde meting naast elkaar gezet.

Onderzoeksperiode	2015/2016 (4 ^e meting)	2019 (5 ^e meting)	Resultaat
Totale Zorggerelateerde schade	9,9%	14,6% van de in het ziekenhuis overleden patiënten heeft te maken gekregen met <u>zorggerelateerde schade</u> .	Dit is een significante stijging ten opzichte van 2015/2016
Zorggerelateerde schade die potentieel vermijdbaar was	4,3%	Bij 4,2% van de opnames van overleden patiënten was sprake van <u>potentieel vermijdbare schade</u>	Dit betekent dat de cijfers op hetzelfde niveau zijn gebleven.
Zorggerelateerde schade die waarschijnlijk bijdroeg aan sterfte	3,1%	Bij 3,1% van de opnames van overleden patiënten was sprake van <u>potentieel vermijdbare sterfte</u> .	Dit betekent dat de cijfers op hetzelfde niveau zijn gebleven.
Aantal patiënten die vroegtijdig zijn overleden door potentieel vermijdbare schade.	1.035 patiënten	1.018 patiënten in 2019 zijn (zeer) waarschijnlijk voortijdig overleden mede door potentieel vermijdbare schade.	Dit betekent dat de cijfers op hetzelfde niveau zijn gebleven. (Cijfers vallen binnen het betrouwbaarheids-interval)

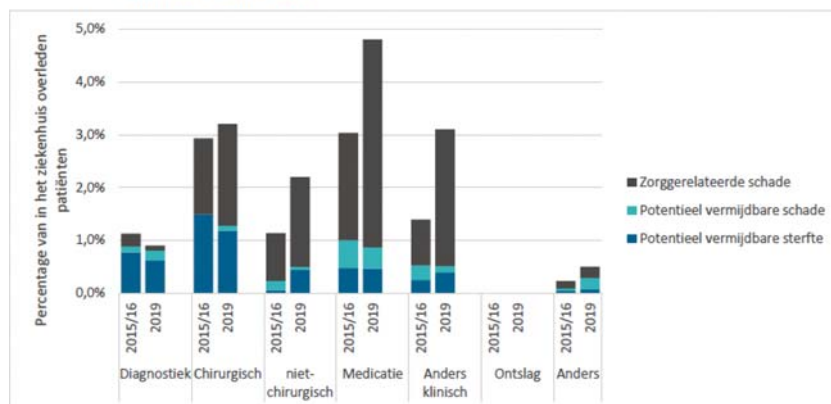
Conclusies monitor 2019

1) Zorggerelateerde schade bij in het ziekenhuis overleden

Patiënten

De monitor geeft inzicht in de aard, ernst en omvang van zorggerelateerde schade, potentieel vermijdbare schade en potentieel vermijdbare sterfte bij in het ziekenhuis overleden patiënten in 2019, en hoe deze zich heeft ontwikkeld in vergelijking met 2015/2016.

Figuur 3.5 *Vergelijking van incidentie van zorggerelateerde schade, potentieel vermijdbare schade en potentieel vermijdbare sterfte uitgesplitst naar klinisch deelproces voor de jaren 2015/2016 en 2019*



In Figuur 3.5 uit het rapport is te zien dat potentieel vermijdbare schade en sterfte vaker voorkomt tijdens het diagnostisch proces, het chirurgisch proces en het medicatieproces, en minder vaak tijdens niet-chirurgische ingrepen of zorggerelateerde klinische activiteiten. Van de drie hoog-risicoprocesen komt potentieel vermijdbare sterfte weer vaker voor bij chirurgische ingrepen. In 2019 komt, in tegenstelling tot 2015–2016, bij niet-chirurgische ingrepen ook potentieel vermijdbare sterfte voor. Zorggerelateerde schade komt in bijna alle klinische deelprocessen in 2019 vaker voor dan in 2015–2016. Een duidelijke stijging is te zien bij de niet-chirurgische ingrepen, het medicatieproces en andere zorgactiviteiten. De toename van de niet-vermijdbare zorggerelateerde schade wordt volgens de beoordelaars gerelateerd aan de hogere leeftijd en multi-morbiditeit van patiënten en het grotere aantal hoog-risicobehandelingen.

2) Medische technologie

Uit het onderzoek blijkt dat bij bijna alle patiënten medische technologie is gebruikt, wat het belang ervan voor diagnostiek en behandeling laat zien. Medische technologie leidt nauwelijks tot schade of sterfte door technologische defecten van het product zelf, maar eerder door tekortkomingen in de toepassing ervan en patiëntfactoren of door een samenspel van factoren.

Ten opzichte van de vorige meting is de zorggerelateerde schade waarbij medische technologie een rol speelt licht gestegen (2019: 6,8%; 2015/2016: 3,9%). Dat is in lijn met de algehele toename in deze meting. De potentieel vermijdbare schade is gelijk gebleven (2019: 1,9%; 2015/2016: 1,7%), net als de potentieel vermijdbare sterfte (2019: 1,3%; 2015/2016: 1,5%).

Er vallen met name drie typen potentieel vermijdbare schades op bij de toepassing van medische technologie: 1) perforaties en bloedingen bij toepassing van endoscopen, 2) bloedingen bij endovasculaire ingrepen en 3) bloedingen en infecties bij implantaten. Kennis, gedragsregels, controles en vaardigheden van het personeel dienen verbeterd te worden om deze risico's in de toepassing te verkleinen. Potentieel vermijdbare schade waarbij het medische product de mede- of hoofdoorzaak was, komt zeer beperkt voor, maar in absolute aantallen vallen op:

1) apparatuur voor verpleging en behandeling, 2) katheterisatie en 3) drains. Wanneer het aantal patiënten waarbij schade optrad per categorie wordt afgezet tegen de toepassing valt met name het aandeel implantaten op. De onderzoekers geven aan deze laatste bevindingen met

voorzichtigheid te interpreteren, gelet op het lage aantal dossiers waarop dit berust.

3) Medicatie gerelateerde schade

Het onderzoek laat zien dat 32% van de zorggerelateerde schade in ziekenhuizen is te wijten aan medicatie (2015/2016: 33%). Van alle medicatie gerelateerde schade is 18% potentieel vermijdbaar (2015/2016: 31%), waarvan 10% van de zorggerelateerde schade waarschijnlijk heeft bijgedragen aan potentieel vermijdbare sterfte (2015/2016: 14%).

De medicatie gerelateerde schade wordt vooral veroorzaakt door het gebruik van medicatie bij maligniteiten, infecties en antistolling. Het aandeel van de zorggerelateerde schade door antistollingsmedicatie is gestegen (2019: 39%; 2015/2016: 16,0%). Het gaat om een stijging van de niet vermijdbare schade. Dit wordt gerelateerd aan de complexiteit van de patiëntenpopulatie en de zorgvraag. Er is sprake van een toename van het aantal kwetsbare ouderen met complexe aandoeningen, en het gebruik van hoog-risico medicijnen. Zo is de hoog risico-behandeling trombolysen (oplossen van een stolsel in bloedvat) bij een herseninfarct inmiddels in veel ziekenhuizen beschikbaar. De schade door middelen tegen maligniteiten en infecties is vergelijkbaar met de vorige meting.

Potentieel vermijdbare medicatie schade wordt vrijwel altijd herkend tijdens de opname. Het behandelen van de bijwerking en het tijdelijk staken van medicatie zijn de twee meest voorkomende maatregelen om schade te beperken.

Potentieel vermijdbare medicatieschade en sterfte ontstond vooral door voorschrijffouten, zoals doseerfouten en therapeutische factoren. Toedien fouten leidden tot schade maar niet tot het overlijden van de patiënt. De potentieel vermijdbare schade worden vooral veroorzaakt door menselijke factoren, zoals onvoldoende kennis en medicatieverificatie; en organisatorische factoren, zoals werkcultuur, informatieoverdracht en kwaliteit en beschikbaarheid van protocollen.

Voor het beheersen van risico's in de zorgketen en het voorkómen van ongeplande heropnames is de medicatieverificatie en -overdracht bij ontslag van groot belang.

Uit de vorige monitor bleek dat de medicatieverificatie bij ontslag nog onvoldoende was geïmplementeerd in de meeste ziekenhuizen. Uit de verdiepingsstudie bij de huidige monitor blijkt dat medicatieverificatie bij ontslag over het algemeen goed geïmplementeerd is op de verschillende afdelingen in ziekenhuizen. Ziekenhuizen gaven aan dat de medicatieoverdracht bij opname en ontslag nog knelpunten vertoont en dat verdere implementatie nodig is. Dit sluit aan bij de doelstelling van het landelijke Programma Medicatieoverdracht: hierin werken de zorgsectoren de komende jaren aan het realiseren van een goede, complete elektronische overdracht van medicatiegegevens⁹.

De onderzoekers concluderen dat het nodig blijft te focussen op medicatieveiligheid. Gelet op de oorzaken zijn verbeteringen van het menselijk handelen mogelijk, door het blijven stimuleren van een lerende open cultuur en het toepassen en gebruiken van informatie- en communicatietechnologie (ICT) voor het uitwisselen van medicatiegegevens. Het veilig gebruik van antistollingsmedicatie is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

⁹ Zorgaanbieder – Samen voor Medicatieoverdracht.

4) Kwetsbare ouderen

De grootste groep van de onderzochte opnames is van patiënten die 70 jaar of ouder zijn. Deze groep kenmerkt zich door een hoog percentage ongeplande opnames, veel multi-morbiditeit en een hoge Charlson index (een maat voor multi-morbiditeit). In 2019 is het percentage patiënten dat met zorggerelateerde schade te maken heeft gekregen hoger dan tijdens het dossieronderzoek in 2015–2016. Patiënten met veel multi-morbiditeit hebben een grotere kans te maken te krijgen met zorggerelateerde schade.

Het percentage patiënten dat te maken heeft gekregen met potentieel vermijdbare schade en sterfte is niet veranderd. De potentieel vermijdbare schade is vaker gerelateerd aan het niet (tijdig) handelen, bijvoorbeeld bij geleidelijke achteruitgang van de patiënt, dan aan het wel handelen. Een deel van de ouderen wordt bij opname niet gescreend op kwetsbaarheid. Indien dit wel gebeurt, worden indien nodig vaak vervolgacties genomen. Het toepassen van screening door ziekenhuizen op ondervoeding, delier, vallen en fysieke beperkingen verschilt, maar kan nog verder verbeterd worden.

5) Zorggerelateerde schade in het diagnostisch proces

In het rapport is aandacht besteed aan hoe vaak schade gerelateerd aan het diagnostisch proces voorkomt in Nederlandse ziekenhuizen, en hoe het zich verhoudt tot schade door andere klinische processen. Daarnaast is bekeken aan welke fasen van het diagnostisch proces deze schade gerelateerd is en welke oorzaken hieraan kunnen worden toegeschreven. Zorggerelateerde schade is niet vaak (5,9%) gerelateerd aan het klinische deelproces diagnostiek. Dat betekent dat in 5,9% van de geïdentificeerde gebeurtenissen met zorggerelateerde schade, deze schade is ontstaan door een onjuiste of te laat gestelde diagnose.

Zorggerelateerde schade gerelateerd aan het diagnostisch proces is in 82,9% van de gebeurtenissen potentieel vermijdbaar. Dat is relatief vaak in vergelijking met andere deelprocessen (bijv. chirurgie, niet-chirurgische ingrepen, medicatie, andere klinische activiteiten, ontslag). De gevolgen van aan diagnostiek gerelateerde schade zijn ernstig. In bijna 63,3% van de gebeurtenissen met diagnostiek was er sprake van potentieel vermijdbare sterfte (hoofdstuk 3 in het rapport). Dit is relatief vaak in vergelijking met andere klinische deelprocessen.

Zorggerelateerde schade die ontstaat door diagnostiek vormt nog altijd een belangrijke categorie, gezien de potentiële vermijdbaarheid vaak hoger ligt dan van andere typen zorggerelateerde schade. De incidentie van diagnostiek gerelateerde schade is sinds 2011/2012 gelijk gebleven.

Reactie op de monitor 2019

De resultaten van dit onderzoek hebben zowel positieve ontwikkelingen als gerichte aanbevelingen voor verbetering opgeleverd. De aanbevelingen zijn gericht op: de beroepsgroepen, de ziekenhuizen, landelijk beleid en onderzoek.

– Landelijk Veiligheidsprogramma Tijd voor Verbinding

Naar aanleiding van de uitkomsten van de 4e monitor hebben de zes betrokken brancheverenigingen¹⁰ gezamenlijk een veiligheidsprogramma opgesteld, genaamd Tijd voor Verbinding. Doel van dit programma is om met behulp van een bottom-up beweging en het vormen van netwerken te komen tot een open en lerende cultuur (waar tijd is voor reflectie) en daarmee een aanmerkelijke en betekenisvolle daling van de potentieel vermijdbare schade en sterfte in de medisch specialistische zorg. Vakmanschap, verbinding en vertrouwen zijn daarbij de uitgangspunten. Hiervoor ontvangen zij vanuit VWS een financiële bijdrage. Dit programma is in 2020 van start gegaan en loopt tot september 2024, waardoor deze 5e monitor als nulmeting van het programma kan worden gezien. Het programma focust zich op drie inhoudelijke pijlers, namelijk antistollingszorg, kwetsbare ouderen en het multidisciplinaire gesprek. Ik vind de betrokkenheid van professionals en patiënten daarbij essentieel, vandaar dat ook de Patiëntenfederatie is aangesloten bij dit programma. Halverwege dit jaar ontvang ik een tussenevaluatie van het programma.

In het programma Tijd voor Verbinding is ook aandacht gevraagd voor onderzoek gericht op het onderwerp Safety-II en veiligheidsergonomie. Het Safety-II gedachtegoed is een nieuwe manier van denken over patiëntveiligheid, namelijk door te leren van de dagelijkse praktijk waarbij processen meestal goed gaan. Dit is een aanvulling op Safety-I, waar de focus juist ligt op het analyseren van (bijna)-incidenten en navolging van protocollen. Onderdeel van Safety-II is veiligheidsergonomie dat zich ten doel stelt patiëntveiligheid te bevorderen door ongewenste variatie in zorg en werkprocessen te verminderen, en het zorgproces beter te ondersteunen. Safety-II en veiligheidsergonomie bieden veel kansen.

Kennisontwikkeling op dit vlak is essentieel en is het nodig om onderzoeken pilots te doen¹¹. Op 19 februari 2020 heb ik ZonMw een opdracht verstrekt om op basis van het plan van aanpak Tijd voor Verbinding een programma rondom Safety-II te ontwikkelen. Ik heb voor dit onderzoeksprogramma een bedrag van 2 miljoen euro beschikbaar gesteld. De eerste ervaringen die zijn opgedaan binnen dit onderzoeksprogramma zijn positief.

– Zorggerelateerde schade bij in het ziekenhuis overleden patiënten

Als de gebeurtenis werd geclassificeerd als potentieel vermijdbaar hebben de beoordelaars aangegeven welke mogelijke maatregelen de zorggerelateerde schade hadden kunnen voorkómen (zie Tabel 3.19). Zij konden één of meerdere preventiemogelijkheden aangeven. Vooral kwaliteitsbewaking en reflectie worden gezien als belangrijke mogelijkheden om zorggerelateerde schade te voorkomen. Ook het verbeteren van procedures, en in mindere mate training en motivatie/gedragsverandering kunnen zorggerelateerde schade mogelijk verminderen. Ik verwacht dat de ziekenhuizen dit punt actief oppakken en bezien of met de bovenstaande maatregelen de zorggerelateerde schade verder naar beneden gebracht kan worden.

¹⁰ Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Nederlandse Federatie Universitair Medisch Centra (NFU), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN).

¹¹ Patiëntveiligheid verbeteren met Safety II – ZonMw Digitale Publicaties.

– Medische technologie

Sinds 2016 geldt het convenant «Veilige Toepassing van medische technologie in de medisch specialistische zorg» als belangrijke veldnorm voor de veilige toepassingen van medische technologie. De IGJ gebruikt dit convenant actief in haar toezicht, samen met de leidraden van de Federatie Medisch Specialististen. Aan een veilige toepassing worden sinds 2016 ook eisen gesteld in het Uitvoeringsbesluit wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), waarbij onder meer naar bovengenoemde veldnormen wordt verwezen. Daarnaast is sinds 26 mei 2021 de Medical Device Regulation (MDR) van toepassing voor medische hulpmiddelen. Per 26 mei 2022 volgt de In vitro Diagnostic Medical Device Regulation (IVDR) voor diagnostische testen. Beide Europese verordeningen hebben als doel om de veiligheid van het product te vergroten en daarmee de patiëntveiligheid. Er worden onder andere strengere eisen gesteld aan de markttoelating en de klinische bewijsvoering. Daarnaast worden problemen met medische hulpmiddelen via een (deels) openbare Europese database sneller inzichtelijk gemaakt (EUDAMED). Al deze maatregelen moeten de veiligheid van medische technologie verder verbeteren.

Aangezien de potentieel vermijdbare schade en sterfte voornamelijk door toepassing van technologie komt, onderschrijf ik de twee aanbevelingen door het Nivel en APH, namelijk 1) multidisciplinair reflecteren en 2) gebruikmaken van bestaande databases om incidenten te melden. Ik verwacht dat zorgaanbieders en zorgverleners dit actief oppakken en hiermee de toepassing van medische technologie verder verbeteren en daarmee zorggerelateerde schade voorkomen.

– Medicatie gerelateerde schade

Aandacht voor de medicatieveiligheid blijft nodig, immers nog steeds wordt 32% van de zorggerelateerde schade in ziekenhuizen veroorzaakt door medicatie. Uit het onderzoek blijkt dat de totale zorggerelateerde schade door het gebruik van medicatie in ziekenhuizen is gestegen, waarbij de totale potentieel vermijdbare schade gelijk is gebleven (zie figuur 3.5).

De schade door antistollingsmedicatie is gestegen. Hier wordt de relatie gelegd met een grotere groep kwetsbare patiënten met multi-morbiditeit, die veel hoog-risico medicatie gebruiken en een complexere zorgvraag hebben. Het is bekend dat antistollingsmedicatie tot medicatie-incidenten en schade kan leiden¹², in de vorige monitor is ook aandacht voor het goed gebruik van antistollingsmedicatie gevraagd. Binnen het Programma Tijd voor Verbinding is de antistollingszorg een belangrijk thema, waarbij ingezet wordt op multidisciplinaire samenwerking in de keten, informatievoorziening aan de patiënt, en scholing. Ik verwacht dat de initiatieven binnen Tijd voor Verbinding resulteren in een aantoonbaar veiliger gebruik van antistollingsmedicatie.

In alle stappen van het medicatieproces kunnen fouten optreden. Uit de monitor blijkt dat vooral voorschrijffouten schade veroorzaken. Voor het goed voorschrijven is een compleet medicatieoverzicht een belangrijke voorwaarde. Zorgverleners geven aan dat er nog knelpunten zijn in de overdracht van medicatiegegevens, met risico op incomplete overzichten. In het landelijke meerjarige Programma Medicatieoverdracht werk ik met de zorgsectoren aan de implementatie van het elektronisch uitwisselen van medicatiegegevens in de keten. Hiermee krijgen zorgverleners de

¹² Harm-Wrestling (gims-foundation.org).

beschikking over complete elektronische medicatieoverzichten en toedienlijsten. De verwachting is dat een goede elektronische medicatie-overdracht zal bijdragen aan de medicatieveiligheid.

De effecten van diverse medicatieveiligheid initiatieven op de medicatieveiligheid in Nederland laat ik de komende jaren onderzoeken in het onderzoek «Medicatieveiligheid in Nederland». In dit onderzoek zal aandacht zijn voor de toenemende groep kwetsbare ouderen met multi-morbiditeit die hoog-risico medicatie gebruiken.

– Kwetsbare ouderen

Patiënten met multi-morbiditeit hebben een grotere kans te maken te krijgen met zorggerelateerde schade. De zorg voor deze groep binnen het ziekenhuis en de zorgketen- of netwerk is op te veel plekken nog niet optimaal. Om die patiëntveiligheid te verbeteren zou het zorgproces zoveel mogelijk georganiseerd moeten worden vanuit het perspectief van de patiënt en zijn omgeving. Hierbij is oog voor de aansluiting op, afstemming met en overdracht in de gehele zorgketen cruciaal. Er is veel ontwikkeld voor veilige zorg aan kwetsbare ouderen dat geïmplementeerd kan worden. Het komt nu aan op focus op en het toepassen in de dagelijkse praktijk.

– Zorggerelateerde schade in het diagnostisch proces

Evenals in 2015/2016, spelen menselijk handelen en organisatorische factoren een grote rol in het ontstaan van aan diagnostiek gerelateerde schade (uitvoeren en/of interpreteren van diagnostische tests, of opvolgen van diagnostische informatie). Hierop kunnen bijvoorbeeld verbeterinitiatieven worden ingezet in het kader van kennisverbreding of kennis-toegang. Daarbij is het belangrijk dat artsen een terugkoppeling krijgen van de uiteindelijk juiste diagnose, zodat zij zich bewust kunnen worden van eventuele discrepanties. Verder valt op dat ongeveer een kwart van de gebeurtenissen met diagnostiek gerelateerde schade onder de snijdende specialismen valt, terwijl deze specialismen onderbelicht zijn als het gaat om onderzoek naar diagnostiek. Met de informatie uit de monitor wordt aangeraden voor wat betreft de zorggerelateerde schade te kijken naar zowel snijdende als niet-snijdende specialismen. Het zou goed zijn als hier in de toekomst meer onderzoek naar gedaan wordt en verbeterinitiatieven op worden ingezet.

Toekomst

Patiëntveiligheid is bij uitstek het hart van de kwaliteit van zorg. Veilige zorg leveren is de opgave voor allen die dagelijks verantwoordelijkheid dragen voor patiënten die zich aan hen toevertrouwen. Zij en hun naasten hebben hier recht op. Ik zie ook dat er nog ruimte voor verbetering mogelijk is. Patiëntveiligheid vraagt onderhoud en is nooit «klaar». De kwaliteit en veiligheid van de zorg is idealiter voor iedereen gelijkwaardig en mag niet afhankelijk zijn van waar je toevallig woont of in welk ziekenhuis je komt. Het uitgangspunt is dat iedereen in Nederland goede zorg kan krijgen en dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor iedereen gelijkwaardig is. Daarbij vind ik het van belang ons te richten op de vraag hoe we de kwaliteit en veiligheid voor alle patiënten omhoog kunnen krijgen en daarbij niet al tevreden te zijn als de kwaliteit voor een deel van de patiënten net aan minimumnormen voldoet. Aandacht voor wat zorg toevoegt aan de kwaliteit van leven en het betrekken van dergelijke uitkomsten bij het samen beslissen van zorgverlener en patiënt over de behandeling is daarbij van groot belang.

Deze monitor laat zien dat we, als we geen grotere/bredere kwaliteitsbeweging op gang gaan brengen in de zorg, eigenlijk achter de feiten blijven aanlopen. Want de groep mensen die gebruik gaan maken van zorg wordt alleen maar groter en complexer, met meer risico's van dien. Ook krijgen we er niet meer personeel bij de komende jaren. Dat geeft de zorg de opdracht om steeds meer mogelijkheden tot verbetering van kwaliteit en veiligheid aan te grijpen, zowel binnen de medische teams als binnen de instellingen, binnen de beroepsgroepen en het gehele medische zorglandschap. Maar we moeten ook verder kijken naar mogelijkheden van kwaliteitsverhoging en risicoreductie voor de patiënt. Daarom kijken we bijvoorbeeld ook naar de concentratie van hoogcomplexe zorg, de herschikking van het acute zorglandschap, het stimuleren van digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en de uitbreiding van samenwerking in de gehele keten.

Al deze acties moeten het werk van zorgmedewerkers makkelijker gaan maken. Ik verwijs hierbij o.a. naar mijn brief over de toekomstbestendigheid van de acute zorg (Tweede Kamer 29 247, nr. 341). Om deze beweging te maken zullen we allemaal een bijdrage moeten leveren. De druk op de zorg en het tekort aan personeel in de zorg vraagt om het passend (zinnig) inzetten van capaciteit en samenwerking in de regio als ook tussen de regio's. Daarbij kunnen zorgaanbieders via samenwerking kwaliteitsvoordelen realiseren door zorg te concentreren en kennis/expertise uit te wisselen en zo samen de volgende stap te zetten in het verder verbeteren van zorg en patiëntveiligheid. Laagcomplexe zorg kan dichtbij worden aangeboden en er kan meer acute zorg thuis worden verleend of in digitale vorm. Het is ook beter voor de kwaliteit van zorg als zorgprofessionals geregeld patiënten zien met dezelfde aandoening, zeker als het om hoogcomplexe zorg gaat.

Ik zou de bestuurders van ziekenhuizen, professionals en hun landelijke organisaties willen oproepen om met de uitkomsten en de aanbevelingen van dit rapport aan de slag te gaan. Een stap maken naar een veiligheidscultuur van continu leren en verbeteren en tijd nemen (en krijgen) voor het gesprek hierover. Ik zie hierbij een belangrijke rol weggelegd in het gezamenlijke programma van de koepels Tijd voor Verbinding. Het is daarbij van belang dat verbeterinitiatieven, mooie voorbeelden en pilots niet beperkt blijven tot mooie plannen maar ook daadwerkelijk leiden tot veranderingen. Ik ga graag in overleg met het veld om de uitkomsten van de monitor en de aanbevelingen te bespreken.

Voor wat betreft de toekomst van de monitor Patiëntveiligheid zal ik het Nivel verzoeken om met een voorstel te komen voor de periode 2023–2026.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers