



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken

J.R.J. de Leeuw
C. Veenhof
C. Wagner
T.A. Wiegiers
J.C. IJzermans
F.G. Schellevis
D.H. de Bakker

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-886-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
2 Begripsafbakening	9
3 Methoden	11
4 Resultaten	13
4.1 Incidenten die kunnen leiden tot onbedoelde schade	13
4.2 Preventie van incidenten en onbedoelde schade	17
4.3 Gevolgen van onbedoelde schade	20
4.4 Meten van incidenten en onbedoelde schade	20
4.5 Incidentie van incidenten en onbedoelde schade	22
4.6 Aangrijpingspunten om patiëntveiligheid te verbeteren	24
5 Voorstel voor het registreren van onbedoelde schade in de eerste lijn	27
6 Conclusies en beschouwing	31
6.1 Conclusies	31
6.2 Beschouwing	32
Bijlage 1: Experts op het gebied van patiëntveiligheid	35
Bijlage 2: Raamwerk voor beschrijving van de stand van zaken op het gebied van patiëntveiligheid per discipline	37
Bijlage 3: Patiëntveiligheid per discipline	39
Literatuur	45
Literatuur per discipline	47

Samenvatting

Dit rapport geeft een inventarisatie weer van de stand van zaken op het gebied van patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland. Op verzoek van de opdrachtgever (Directie Curatieve Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) zijn de deelgebieden medicatieveiligheid en patiëntveiligheid in de thuiszorg niet in deze rapportage betrokken. Deze rapportage betreft de huisartsgeneeskunde, acute zorg, paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck, diëtetiek), verloskundige zorg, tandheelkunde/mondzorg en multidisciplinaire samenwerking.

De inventarisatie van de stand van zaken is gebaseerd op geraadpleegde bronnen in de internationale en nationale wetenschappelijke literatuur, andere documenten (b.v. jaarverslagen van klachtencommissies) en het oordeel van experts.

Het begrippenkader zoals dat in Nederland wordt gehanteerd voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen is ook bruikbaar voor de eerstelijnsgezondheidszorg, met de kanttekening dat het begrip onbedoelde schade (adverse event) in de eerstelijnsgezondheidszorg andere accenten kent, zoals het langduriger ervaren van klachten/symptomen/ongemak, medicalisering, somatisatie, onvoldoende therapietrouw.

In Nederland is geen systematisch onderzoek gedaan naar de aard en omvang van incidenten of onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg. Wel is informatie voorhanden over incidentele onderzoeken in enkele sectoren (bijvoorbeeld centrale huisartsenposten).

Op grond van internationale literatuur zijn de belangrijkste risicogebieden voor onbedoelde schade het diagnostisch handelen, het therapeutisch handelen en de communicatie tussen hulpverlener en patiënt en tussen hulpverleners onderling. Per discipline in de eerstelijnsgezondheidszorg liggen hierbij andere accenten. Internationale literatuur over het aantal gevallen van onbedoelde schade beperkt zich tot de huisartsgeneeskunde.

Voor het meten van onbedoelde schade zijn in de literatuur een aantal voorbeeld methoden voorhanden, variërend van de registratie van incidenten na afloop van elk patiëntcontact tot (diepte-) interviews met patiënten, al of niet naar aanleiding van gemelde onbedoelde schade.

Geconcludeerd wordt dat het onderwerp patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland nog weinig aandacht heeft. Het is allereerst van belang om de aard en omvang van onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg vast te stellen. Aanbevolen wordt om enerzijds de mogelijkheid tot het spontaan anoniem melden van gevallen van onbedoelde schade door eerstelijnszorgverleners te faciliteren, gekoppeld aan een methodiek om op lokaal/regionaal niveau deze events te bespreken, bijvoorbeeld middels een *peer audit*. Anderzijds wordt aanbevolen om een haalbaarheidsstudie uit te voeren naar de optimale methode om onderzoek naar onbedoelde schade uit te voeren

gebruikmakend van medische dossiers. Daarbij gaat het zowel om de vraag of deze dossiers voldoende gegevens bevatten voor een onderzoek naar onbedoelde schade, als om de vraag welke risicogroepen per discipline voor een dossieronderzoek in aanmerking komen. In een dergelijke studie vormt medicatieveiligheid een essentiële factor die zeker niet buiten beschouwing kan worden gelaten.

1 Inleiding

Mede door het recent verschenen rapport van het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en het EMGO-Instituut van het VUmc over onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen (de Bruijne et al., 2007) staat patiëntveiligheid in het centrum van de belangstelling. Duidelijk werd dat het van belang is om ook van andere sectoren van de gezondheidszorg dan ziekenhuizen een indruk te krijgen van de patiëntveiligheid en de mate waarin onbedoelde schade voorkomt. Hiermee kan een aanzet worden gegeven tot het verbeteren van patiëntveiligheid en het (verder) terugdringen van potentieel vermijdbare schade binnen deze sectoren.

In Nederland zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) erop gericht verantwoorde zorg te waarborgen. Van verantwoorde zorg kan geen sprake zijn als deze niet veilig is. Patiëntveiligheid kan dan ook worden beschouwd als het minimumniveau waaraan de zorg zou moeten voldoen en daarom als de kern waarom kwaliteitssystemen draaien (Wagner en Struben, 2007).

Met uitzondering van de veiligheid van geneesmiddelengebruik is patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland nog niet systematisch onderzocht. Uit de HARM studie over het vóórkomen van geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnames in Nederland, bleek dat 1,2% van alle ziekenhuisopnames, resp. 2,8% van de acute ziekenhuisopnames een onbedoeld en vermijdbaar gevolg zijn van verkeerd geneesmiddelengebruik. De oorzaak van deze vermijdbare ziekenhuisopnames ligt in de extramurale gezondheidszorg (zowel de eerstelijnsgezondheidszorg als de poliklinische zorg), waar de medicatie werd voorgeschreven (van den Beemt et al., 2006).

Daarnaast betreffen de meeste (inter)nationale onderzoeken over fouten en onbedoelde schade binnen de eerstelijnsgezondheidszorg de huisarts en is er minder bekend over het vóórkomen van onbedoelde schade in de andere disciplines binnen de eerstelijnsgezondheidszorg zoals verloskunde, fysiotherapie en tandheelkunde. Onbedoelde schade kan worden omschreven als een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener 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 (Wagner et al., 2005).

Het aantal consulten tussen patiënten en zorgverleners is in de eerstelijnsgezondheidszorg vele malen groter dan dat in de tweedelijnsgezondheidszorg en er komt relatief veel minder vaak en minder ernstige onbedoelde schade voor in de eerstelijns. Patiënten met ernstige gezondheidsklachten worden veelal doorverwezen naar een medisch specialist en bij minder ernstige klachten is het minder waarschijnlijk dat zich onbedoelde schade zal voordoen. Door het grote aantal consulten is het absolute aantal gevallen van onbedoelde schade binnen de eerste lijn echter waarschijnlijk aanzienlijk (Sanders et al., 2003; Phillips et al., 2003). In buitenlandse studies varieert het aantal geconstateerde medische fouten (waaronder ook fouten gerelateerd aan medicatie) van vijf tot 80 per 100.000 consulten bij huisartsen (Sanders et al., 2003). Er zijn geen gegevens bekend over hoeveel

van deze fouten resulteren in onbedoelde schade. Wel wordt gemeld dat de impact en belasting van onbedoelde schade voor de patiënt die leidt tot een schadeclaim, in de eerste lijn groter is dan in het ziekenhuis (Phillips et al., 2003). De relatief grotere kans op het optreden van fouten vanwege de slechte beschikbaarheid van dossiers en de communicatie met andere zorgverleners en met de patiënt zouden daarvoor verantwoordelijk zijn.

In welke mate onbedoelde schade voorkomt in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland en wat de omvang van de schade is voor patiënten is niet bekend. Dergelijke cijfers zijn van belang om te komen tot systematische verbeterinitiatieven (Schellekens en Blijham, 2003). Het is daarom van belang om de bestaande kennis over onbedoelde schade en patiëntveiligheid binnen de eerstelijnsgezondheidszorg te inventariseren, te ordenen en te onderzoeken wat de beste manier is om het vóórkomen van onbedoelde schade te registreren. Voor een effectieve preventie van fouten in de eerstelijnsgezondheidszorg zal ook aandacht moeten worden geschonken aan oorzaken en gevolgen van fouten (Conradi, 1995; Vincent, 1990).

In dit rapport worden de resultaten beschreven van een inventarisatie naar de stand van zaken m.b.t. patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg. De inventarisatie richt zich op de curatieve zorg in de sectoren: medische zorg (huisarts), paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Caesar en Mensendieck en diëtetiek), verloskundige zorg, acute zorg (huisartsenpost), tandheelkunde/mondzorg en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Op uitdrukkelijk verzoek van de opdrachtgever blijven de farmaceutische zorg en de thuiszorg buiten beschouwing.

De volgende vragen zullen in dit rapport worden beantwoord:

- 1) Hoe kunnen begrippen rond patiëntveiligheid en onbedoelde schade binnen de eerste lijn worden uitgewerkt? Wat valt er wel en niet onder?
- 2) Wat is bekend over onbedoelde schade en patiëntveiligheid in de eerste lijn? Wat zijn risicogebieden?
- 3) Hoe kan een meting van onbedoelde schade in de eerste lijn worden opgezet?
- 4) Welke aangrijpingspunten zijn voorhanden om patiëntveiligheid in de eerste lijn te verbeteren?

2 Begripsafbakening

Zoals eerder vermeld kan patiëntveiligheid worden beschouwd als een minimale voorwaarde voor kwalitatief goede zorg. Bij verantwoorde en kwalitatief goede zorg wordt onbedoelde schade zoveel mogelijk voorkomen. Dit kan in de meeste gevallen door incidenten te herkennen en daarop adequaat te reageren zodat zoveel mogelijk kan worden voorkomen dat ze resulteren in onbedoelde schade.

Hieronder staat beschreven wat precies onder de begrippen patiëntveiligheid, onbedoelde schade en incidenten wordt verstaan. Deze definities zijn tot stand gekomen via een consensusprocedure met relevante partijen en sluiten goed aan bij eerder uitgevoerde buitenlandse studies hetgeen vergelijking van resultaten mogelijk maakt (Wagner et al., 2005). De definities zijn zonder meer toepasbaar op de eerstelijnsgezondheidszorg.

Onder *patiëntveiligheid* wordt verstaan: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem. *Incidenten* zijn onbedoelde gebeurtenissen tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt hebben geleid, hadden kunnen leiden of (nog) zouden kunnen gaan leiden.

Onder *onbedoelde schade* (ook wel: adverse event) wordt een onbedoelde uitkomst verstaan die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt van zodanige ernst dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperkingen en/of een verlengd verblijf in een zorginstelling of overlijden. Onbedoelde schade is dus niet het gevolg van de ziekte/aandoening of van een goed overwogen risico of ingecalculeerd neveneffect van de behandeling (complicatie), maar het gevolg van een of meer fouten van de hulpverlener of tekortkomingen in de organisatie van de zorg. Fouten zijn in principe vermijdbaar. Voor de registratie van onbedoelde schade is het van belang dat de onbedoelde uitkomst aan drie criteria voldoet, te weten: 1) er is schade aan de patiënt, 2) er is sprake van tijdelijke of blijvende beperkingen, verlengde behandelduur dan wel voortijdig overlijden, en 3) de schade is veroorzaakt door de zorg en/of het zorgsysteem.

De *professionele standaard* kan worden omschreven als de beste manier van handelen in een specifieke situatie met inachtneming van recente inzichten en evidentie, zoals beschreven in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep, dan wel het handelen zoals van een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgenoot in gelijke omstandigheden mag worden verwacht.

Voorzover bekend en beschreven in de literatuur hanteren de eerstelijnsdisciplines dezelfde definities voor patiëntveiligheid, incidenten en onbedoelde schade als hierboven beschreven. In de *Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME)* werd een incident (“error”) treffend omschreven (Makeham, 2002): *Errors are events in your*

practice that make you conclude: 'that was a threat to patient well-being and should not happen. I don't want it to happen again'.

3 Methoden

Voor de inventarisatie van de stand van zaken m.b.t. patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn bestaande informatiebronnen en experts geraadpleegd. Voor de verschillende disciplines binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is op verschillende manieren gezocht naar beschikbare informatie over patiëntveiligheid en onbedoelde schade. Daarnaast zijn beschikbare documenten geanalyseerd op het gebied van tuchtrechtspraak en klachtenprocedures. Tot slot zijn experts op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg en op het gebied van patiëntveiligheid geconsulteerd.

Informatiebronnen

Voor het identificeren van relevante publicaties is in digitale literatuurbestanden gezocht naar relevante publicaties op het gebied van patiëntveiligheid binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, verschenen in de laatste 10 jaar (1998-2007). Hiervoor zijn de volgende databases geraadpleegd: Pubmed, Embase, Psychlit, Cinahl, Picarta en de catalogus van het NIVEL. De zoekacties zijn uitgevoerd met een combinatie van zoektermen (adverse events, medical error, patient safety). Dit is gedaan voor de verschillende disciplines binnen de eerste lijn (primary care/general practice; physiotherapy/exercise therapy; midwives/primary care obstetrics; dietician; dentistry/dental care; health centres; emergency care). Uitsluitingscriteria hierbij waren: medication en home care. Gezocht is naar artikelen in de Engelse, Duitse of Nederlandse taal.

De aldus gevonden artikelen zijn nader geselecteerd op informatie uit titel of abstract. Hierbij is met name gezocht naar studies waarin patiëntveiligheid of onbedoelde schade in het algemeen het onderwerp was. Omdat het hier gaat om een algemene impressie van de stand van zaken ten aanzien van patiëntveiligheid binnen de eerste lijn zijn studies naar onbedoelde schade bij specifieke behandelingen en zogenaamde case studies uitgesloten. Ook artikelen over de volgende onderwerpen zijn niet geselecteerd voor deze studie: modellen ter preventie van onbedoelde schade, preventieve maatregelen; trainingen voor het vergroten van patiëntveiligheid. Gepubliceerde abstracts van bijvoorbeeld congrespresentaties, editorials en congresverslagen zijn niet in de selectie betrokken. Van de aldus geselecteerde publicaties zijn de volledige artikelen opgevraagd.

De zoekacties leverden de meeste 'hits' op voor huisartsgeneeskunde (N=362) en de minste voor gezondheidscentra (N=42). Uit deze artikelen is volgens bovenbeschreven criteria een selectie gemaakt van studies die voor deze inventarisatie het meest relevant zijn. Voor de onderscheiden disciplines werden de volgende aantallen artikelen geselecteerd (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1: Aantal geselecteerde tijdschriftartikelen over patiëntveiligheid per eerstelijnsdiscipline (1998-2007)

Discipline	Aantal geselecteerde tijdschriftartikelen
Huisartsgeneeskunde	33
Acute zorg	4
Paramedische zorg	8
Verloskunde	10
Tandheelkunde/mondzorg	3
Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden	4

Behalve de wetenschappelijke literatuur zijn ook jaarverslagen van klachtencommissies geraadpleegd om te achterhalen hoe vaak klachten worden ingediend over ondervonden schade.

Experts

Aan zes programmaleiders, resp. senior-onderzoekers in het NIVEL (zie bijlage 1) is gevraagd op basis van hun expertise op het terrein van de onderscheiden disciplines binnen de eerstelijnsgezondheidszorg een schets te schrijven van de stand van zaken op het gebied van patiëntveiligheid. Als hulpmiddel hierbij ontvingen zij voor hun thema-gebied de hierboven beschreven geselecteerde artikelen. De schets diende te worden geschreven volgens een vast stramien (zie bijlage 2).

Ten aanzien van de paramedische zorg is door de betreffende programmaleider over dit onderwerp contact opgenomen met de beroepsverenigingen van onderscheiden beroepsgroepen. Ook is dr. C. Wagner, expert op het terrein van patiëntveiligheid in het ziekenhuis, geraadpleegd. Tenslotte zijn het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in de personen van drs. A. Timmermans (directeur NHG) en drs. R. Sardeman (IGZ) geraadpleegd.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de inventarisatie beschreven. Allereerst wordt er een overzicht gegeven van mogelijke incidenten die kunnen leiden tot onbedoelde schade (paragraaf 4.1). Daarna zal achtereenvolgens worden ingegaan op:

- risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade (4.2);
- preventie van incidenten en onbedoelde schade (4.3);
- gevolgen van incidenten en onbedoelde schade (4.4);
- meten van onbedoelde schade (4.5);
- incidentie van onbedoelde schade (4.6);
- aangrijpingspunten om patiëntveiligheid te verbeteren (4.7).

In iedere paragraaf wordt eerst beschreven wat gemeenschappelijk is voor de verschillende disciplines uit de eerstelijnsgezondheidszorg. Vervolgens zullen discipline specifieke aspecten worden beschreven, voorzover bekend en/of relevant. Voor de paramedische zorg worden deze zo mogelijk afzonderlijk geschetst voor vier paramedische beroepsgroepen: fysiotherapie, oefentherapie Cesar, oefentherapie Mensendieck en diëtetiek.

4.1 Incidenten die kunnen leiden tot onbedoelde schade

Er is een lijst van potentiële incidenten opgesteld die kunnen leiden tot onbedoelde schade en zo de patiëntveiligheid in gevaar kunnen brengen (zie kader). Deze lijst is tot stand gekomen in overleg met een aantal experts op het gebied van patiëntveiligheid in het algemeen en binnen de eerste lijn in het bijzonder. Voor mogelijke aanvullingen is gezocht in de literatuur over patiëntveiligheid en onbedoelde schade (adverse events) en in jaarverslagen van klachtencommissies binnen de eerste lijn. In onderstaand kader zijn de voornaamste potentiële incidenten weergegeven. Voor de categorisering van de incidenten is uitgegaan van de taxonomie van Jacobs (2007).

Diagnostiek

- Inadequate anamnese, resp. lichamelijk onderzoek
- Onvoldoende, teveel, te vroege, onjuiste, overbodige of niet goed uitgevoerde aanvullende diagnostiek
- Te late of verkeerde diagnose
- Onvoldoende terugkoppeling van diagnostische bevindingen naar patiënt

Tijdig handelen

- Triagefouten (onvoldoende bereikbaarheid/beschikbaarheid; foutieve inschatting)
- Niet tijdig of te vroeg actie ondernemen
- Niet afleggen van huisbezoek
- Te late opname, spoedopname

Communicatie

- Gebrekkige communicatie met de patiënt, resp. met andere zorgverleners
- Onvolledige informatieoverdracht
- Onvoldoende wijzen op belang van follow-up
- Onvoldoende wijzen op belang van therapietrouw
- Onheuse bejegening

Behandeling, procedureel

- Geneesmiddelen: ten onrechte niet voorschrijven, overbodig voorschrijven, onjuiste keuze van geneesmiddel, onjuiste dosering, onjuist gebruiksvoorschrift, geen rekening houden met contra-indicaties, geen rekening houden met interacties*
- Onjuist uitgevoerde (invasieve) behandeling (b.v. kleine chirurgie, manipulatie, repositie)
- Ontbreken van, onvoldoende, onjuiste, overbodige of niet goed uitgevoerde behandeling
- Inadequate nazorg

Documentatie

- Onvolledige registratie van uitgevoerde diagnostiek en behandeling
- Onvoldoende registratie van vervolgfafspraken

* Op verzoek van de opdrachtgever blijven incidenten en onbedoelde schade gerelateerd aan geneesmiddelen in deze rapportage buiten beschouwing.

Huisartsgeneeskunde

Uit de literatuur blijkt dat bij veel verschillende aspecten van de huisartsgeneeskundige zorg incidenten en onbedoelde schade kunnen optreden. Er bestaat daarbij geen eenstemmigheid over een indeling of classificatie van incidenten en onbedoelde schade (Jacobs, 2007; Dovey, 2002; Penn Ketring, 2002; Kuzel, 2004; Makeham, 2002; Rubin, 2003). De meest frequent genoemde incidenten en onbedoelde schade komen voor:

- in de diagnostische fase (foutief inschatten van urgentie, overdiagnostiek, 'missen', te vroeg of onnodig laat stellen van een diagnose);

- bij de medicamenteuze behandeling (fouten in het voorschrijven, contra-indicaties, interacties);
- bij de communicatie tussen huisarts en patiënt en tussen huisarts en andere zorgverleners en medewerkers binnen de praktijk.

Benadrukt moet worden dat, retrospectief gezien, veel incidenten en gevallen van onbedoelde schade berusten op een opeenstapeling ('cascade') van gebeurtenissen in de loop van de tijd, met andere woorden: een incident of onbedoelde schade is vaak multifactorieel (Woolf, 2004). Dit is een belangrijke constatering omdat huisartsen in Nederland veelal een langdurige relatie met hun patiënt hebben. Ook kan de opeenstapeling en combinatie van ogenschijnlijk triviale fouten resulteren in ernstige schade, met name bij kwetsbare groepen patiënten (Phillips, 2003). Hierbij kan worden gedacht aan communicatiefouten tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënt en aan dossierfouten en het niet beschikbaar zijn van dossiers.

Acute zorg

Over patiëntveiligheid in de acute geneeskundige zorg is nauwelijks relevante literatuur voorhanden voor de eerstelijnsgezondheidszorg. De meeste studies betreffen Amerikaans onderzoek over situaties op afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen.

In zijn algemeenheid gelden in de acute medische zorg dezelfde bedreigingen van patiëntveiligheid als in de reguliere huisartsgeneeskundige zorg. Wel ligt het accent van de aard van de incidenten en onbedoelde schade binnen de acute zorg anders. Zo is er bij de acute zorg een relatief grotere kans op incidenten en onbedoelde schade vanwege:

- de noodzaak van een snelle en accurate triage (zeker als er zich meerdere patiënten tegelijkertijd melden);
- onvoldoende beschikbaarheid van dossiers (de waarnemend arts beschikt niet altijd over de dossiers van patiënten, dit beïnvloedt de continuïteit van de zorg en een juiste inschatting van diagnose en therapie);
- suboptimale overdracht en communicatie (op verschillende momenten vindt overdracht plaats van gegevens en kunnen er fouten optreden).

Paramedische zorg

Over incidenten en onbedoelde schade binnen de paramedische zorg is momenteel nog niet veel bekend.

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck

De voornaamste risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade binnen de fysiotherapie en de oefentherapie Cesar en Mensendieck zijn:

- onnodige en overbodige behandeling;
- lichamelijke inspanning (b.v. bij beweegprogramma's of revalidatie; dit kan bij patiënten met een verhoogd risico leiden tot cardiovasculaire problemen);
- onvoldoende hygiëne (b.v. bij behandeling van decubitus; kan leiden tot infecties);
- mobiliseren, resp. gewrichtsmobilisatie (kan leiden tot vallen met complicaties (fracturen)).

Hoewel in de literatuur de risico's van manipulaties van wervels het meest frequent genoemd worden, is dit een vertekend beeld aangezien manipulaties ook door niet-paramedische beroepsgroepen (zoals chiropractie) worden toegepast. Uit reviews over onbedoelde schade bij manipulaties blijkt dat slechts één casus bekend is waarbij schade is opgetreden na manipulaties door een fysiotherapeut (Vohra, 2006; Ernst, 2002; Ernst, 2007).

Diëtetiek

Er bestaat geen overzicht van de voornaamste risicogebieden en/of risicogroepen voor incidenten en onbedoelde schade binnen de diëtetiek. Aangenomen mag worden dat de voornaamste risico's bij het diëtistisch handelen liggen in het voorschrijven van de verkeerde voedingsstoffen en/of de verkeerde hoeveelheid voedingsstoffen. Dit kan met name bij patiënten met een verhoogd risico tot problemen leiden. Voorbeelden van risicogroepen binnen de diëtetiek zijn:

- Patiënten met nieraandoeningen zoals nierinsufficiëntie, dialyse patiënten;
- Patiënten met allergieën, voedselovergevoeligheid, coeliakie;
- Patiënten met stofwisselingsstoornissen;
- Patiënten met zwangerschapsvergiftiging;
- Patiënten met slikklachten.

Verloskundige zorg

De literatuur met betrekking tot incidenten in de verloskundige zorgverlening richt zich meestal op de klinische praktijk, dat wil zeggen op zorg in een intramurale setting en dan met name op de zorg tijdens de baring (Ashcroft e.a. 2003; Boogaerts e.a. 2005; Errington & Church 2005; Madden & Milligan 2004; Symon 1997). Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn: personele bezetting, medicatie, apparatuur, kennis, vaardigheden en communicatie, zowel tussen zorgverleners onderling als ook tussen zorgverleners en cliënten. Daarbij wordt vaak onderscheid gemaakt tussen persoonsgebonden en systeemgebonden factoren.

Ook in de eerstelijns setting zijn deze aandachtspunten van belang, maar personele bezetting en veiligheid van apparatuur hebben daar wel een andere betekenis. Vertaald naar de eerste lijns gezondheidszorg betekent het aandachtspunt 'personeel' vooral beschikbaarheid, bereikbaarheid en tijdige aanwezigheid van de verloskundige gedurende de gehele zwangerschapsperiode, partus en kraamperiode. In Nederland heeft de thuisbevalling een relatief grotere rol. Bij thuisbevalling is het van groot belang dat er een goede risico-inschatting wordt gemaakt of thuis bevallen verantwoord is en dat een snelle en adequate doorverwijzing naar het ziekenhuis tot de mogelijkheden behoort.

Veiligheid van apparatuur betreft in de eerste lijn het echoscopie-apparaat en de beademingsapparatuur. Wat in de eerstelijns verder belangrijk is, is communicatie in de keten: over het tijdstip van verwijzing, over de reden van verwijzing, maar ook de toegankelijkheid van de tweede lijn (gynaecoloog, anesthesioloog, neonatoloog) zowel voor consultatie als voor behandeling en opname. Voor patiëntveiligheid in de eerstelijns-verloskunde is een goede organisatie van en communicatie met de tweede lijn van essentieel belang.

Tandheelkunde/mondzorg

De voornaamste risicofactoren voor incidenten en onbedoelde schade die gelden voor alle (para)medische disciplines binnen de eerstelijnsgezondheidszorg gelden ook voor de tandheelkunde/mondzorg; wel ligt het accent soms anders. Zo is bijvoorbeeld het belang van efficiënte en kwalitatief goede hulpmiddelen binnen de tandheelkunde/mondzorg groter. Tijdens tandheelkundige behandelingen is de kans op onbedoelde schade aan de patiënt groter bij invasieve en complexe behandelingen. De volgende drie risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade worden in de literatuur genoemd:

- anesthesie (het optreden van langdurige gevoelsstoornissen na lokale anesthesie);
- gebruiksmaterialen en applicaties (toxicologische of allergische reacties bij de patiënt);
- ioniserende straling.

Multidisciplinaire samenwerking

Naast de risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade die van belang zijn binnen de huisartsgeneeskundige zorgverlening en/of acute zorg, zijn er voor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden enkele specifieke gebieden waar een groter risico bestaat op incidenten en onbedoelde schade. Voornaamste risicogebieden zijn hier de communicatie en afstemming tussen bijvoorbeeld:

- huisarts en huisartsenpost (beschikbaarheid en kwaliteit van het medisch dossier op de huisartsenpost, bereikbaarheid op “grensuren”, terugrapportage);
- huisarts en fysio- en oefentherapeut (in het licht van de directe toegankelijkheid);
- huisarts en verloskundige (bijvoorbeeld bij dreigende miskraam).

Hierbij wordt uitgegaan van de huisarts als coördinator van de eerstelijnsgezondheidszorg en als houder van het complete medische dossier, maar ook de communicatie tussen andere disciplines onderling vormen risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade.

Een specifiek risicogebied betreft verder patiënten ontslagen uit het ziekenhuis (Ross Baker et al., 2004; Forster et al., 2004). Dit betreft dan de communicatie en afstemming tussen tweede- en eerstelijnszorgverleners.

4.2 Preventie van incidenten en onbedoelde schade

Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade binnen de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen worden onderverdeeld in vier factoren:

- *professionele factoren* als onvoldoende kennis, onvoldoende (bij)scholing, niet handelen volgens richtlijnen en de professionele standaard, onvoldoende technische vaardigheden, dossierfouten, onvoldoende communicatieve vaardigheden, respectievelijk vaardigheid in informatieverstrekking (zowel naar de patiënt als naar andere hulpverleners en waarnemers), onvoldoende terugkoppeling naar de patiënt;
- *organisatorische factoren* als tekort schietende accommodatie, onvoldoende hygiëne, slechte organisatie van de zorg, niet effectieve kwaliteitssystemen, onvoldoende bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, onvoldoende toegankelijkheid van specifieke expertise ingeval van verwijzing, onvoldoende assistentie, te hoge werkdruk;
- *technische factoren* als het niet beschikbaar zijn van het medisch dossier, tekort schietende ICT-faciliteiten, fouten in apparatuur;

- *patiëntgerelateerde factoren* als multimorbiditeit, ouderen, polyfarmacie, betrokkenheid van meerdere behandelaars, onvoldoende therapietrouw en onvoldoende follow-up.

Hieronder wordt per discipline aangegeven op welke wijze in preventieve zin aan deze factoren aandacht besteed wordt. Daarin wordt vaak verwezen naar bestaande kwaliteitssystemen. Hoewel de aanwezigheid en de *compliance* aan een kwaliteitssysteem het risico op incidenten, resp. onbedoelde schade zeker vermindert, zijn de meeste kwaliteitssystemen in de eerstelijnsgezondheidszorg vooral gericht op (verbetering van de) kwaliteit van zorg en minder op bijvoorbeeld de analyse van risico's op incidenten of onbedoelde schade of op het bevorderen van meldingen van incidenten of onbedoelde schade.

Huisartsgeneeskunde

Binnen de huisartsgeneeskunde vindt de 'borging' van bovengenoemde factoren plaats via

- wettelijke regelingen (Kwaliteitswet zorginstellingen, BIG, criteria voor (her)registratie, tuchtrecht);
- beschikbaarheid van *evidence-based* richtlijnen die het optimale huisartsgeneeskundig handelen weergeven voor een groot aantal gezondheidsproblemen;
- intercollegiale toetsing
- de NHG praktijkaccreditering
- bewakingsmogelijkheden van het Huisartsen Informatie Systeem en het Elektronisch Voorschrijf Systeem
- deels verplichte, deels vrijwillige deelname aan kwaliteitsbevorderende activiteiten als FTO (Farmacotherapeutisch overleg), praktijkvisite en praktijkaccreditering;
- de beschikbaarheid van op kwaliteit getoetste software voor het beheren van elektronische medische dossiers.

Acute zorg

De borging van de patiëntveiligheid in de acute zorg, met name in de centrale huisartsenposten, is de laatste jaren een belangrijk aandachtspunt geworden. In toenemende mate worden kwaliteitssystemen ingevoerd waarbij systematisch aandacht besteed wordt aan het voorkómen van bijvoorbeeld triage-fouten of aan de beschikbaarheid van de medische dossiers (Giesen, 2007). Er zijn richtlijnen beschikbaar voor triage en er wordt ook specifieke scholing gegeven aan personeel dat op huisartsenposten werkzaam is.

Op dit moment loopt een pilotproject over het gebruik van het Nederlands triage-systeem (NTS) dat is bedoeld voor alle zorgverleners in de acute-zorgketen. Dit systeem voorziet erin dat alle actoren dezelfde taal spreken in een vastgesteld format.

Daarnaast wordt geëxperimenteerd met het Elektronisch Waarneemdossier Huisartsen (WDH) als onderdeel van de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier.

Paramedische zorg

In principe herbergen de kwaliteitssystemen de borging voor patiëntveiligheid. Voor de fysiotherapie gaat het dan over het Centraal Kwaliteits Register (CKR) waarin de basale randvoorwaarden, zoals het toepassen van de richtlijnen, zijn geborgd. In richtlijnen heeft patiëntveiligheid een plek of hoort deze een plek te krijgen. Daarnaast kunnen fysiotherapiepraktijken een HKZ-certificering krijgen. Dit keurmerk is een basisgarantie voor kwaliteit en kan verkregen worden wanneer aan een aantal eisen wordt voldaan. Patiëntveiligheid vormt een apart thema binnen deze certificering. In het kader van de introductie van de Directe Toegang Fysiotherapie (DTF) hebben alle fysiotherapeuten die in het Centrale Kwaliteitsregister staan een (verplichte) cursus gevolgd. Kern van deze cursus was de het leren onderscheiden welke patiënten fysiotherapeutisch onderzocht en/of behandeld kunnen worden en welke patiënten doorverwezen moeten worden naar de huisarts.

Bij de beroepsgroepen oefentherapie Cesar en Mensendieck is er toenemende aandacht voor het thema patiëntveiligheid. Zo is patiëntveiligheid een onderdeel van het certificatieschema HKZ voor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, dat nog in ontwikkeling is.

Verloskundige zorg

De kwaliteitssystemen binnen de eerstelijnsverloskundige zorg borgen de patiëntveiligheid. Hiertoe behoren o.a. de KNOV- en NVOG-standaarden en –standpunten (inclusief het verloskundig vademecum), de eisen voor BIG-registratie en kwaliteitsregisters en klachtenbehandeling. Kennis en vaardigheden worden via bijscholing en intercollegiale toetsing op peil gehouden en worden ook steeds vaker in een registratie vastgelegd (kwaliteitsregisters).

Tandheelkunde/mondzorg

Binnen de mondzorg is er een scala aan deskundigheidsbevorderende activiteiten met het oog op het handhaven van de professionele standaard. Voor de dagelijkse praktijk van de mondzorg bestaan op onderdelen richtlijnen, praktijkwijzers en certificeringssystemen. Er is een Kwaliteitsregister voor tandartsen bij het NMT en er zijn open klachtprocedures en voor de tandartsen is er ook het wettelijke tuchtrecht. Voor tandartsen en mondhygiënisten zijn kwaliteitsregisters ingericht waar een grote rol is weggelegd voor bij- en nascholing en intercollegiale toetsing. Ook voor de tandprotheticici is een specifiek kwaliteitsstelsel ontwikkeld.

Tot op heden is er binnen de kwaliteitssystemen geen specifieke aandacht voor de patiëntveiligheid. Die is er wel fragmentarisch in de opleidingen en de bij- en nascholing.

Multidisciplinaire samenwerking

Voor een aantal aandoeningen zijn landelijke richtlijnen en protocollen beschikbaar die de ‘professionele standaard’ weergeven over de samenwerking binnen de eerste lijn (z.g. LESA’s, Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken), resp. samenwerking met de tweedelijns (z.g. LTA’s, Landelijke Transmurale Afspraken).

Specifiek voor de gezondheidscentra zijn er ook diverse instrumenten, zoals HKZ-certificering en zogenoemde ‘Werkafspraken’ voor de multidisciplinaire samenwerking bij specifieke patiëntencategorieën.

4.3 Gevolgen van onbedoelde schade

Over de gevolgen van onbedoelde schade in de verschillende disciplines binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is geen systematisch onderzoek uitgevoerd. Uit de beschikbare literatuur blijkt dat het gaat om een brede range aan mogelijke schade bij de patiënt, variërend (langere duur van) klachten/symptomen/ongemak, onvoldoende therapietrouw, extra medische verrichtingen, medicalisering, somatisatie, en (her)opname in het ziekenhuis tot sterfte. Een kwalitatieve studie van Kuzel (2004) onder patiënten van huisartsen geeft daarvan een handzame indeling:

- psychologische gevolgen (b.v. angst, minderwaardigheidsgevoelens, verlies van vertrouwen);
- lichamelijke gevolgen (klachten/symptomen/ongemak, verergering van klachten);
- economische gevolgen (hogere kosten, langere arbeidsongeschiktheid).

Disciplinespecifieke gevolgen

Vastgesteld moet worden dat gevolgen van onjuiste medicatie alleen optreden bij patiënten van professionals die medicatie voorschrijven (huisarts, tandarts en verloskundige). Gevolgen van mobilisering zullen met name voorkomen binnen de fysiotherapie. Onbedoelde schade binnen de eerstelijnsverloskunde kan leiden tot perinatale en maternale morbiditeit en mortaliteit. Specifieke gevolgen van onbedoelde schade binnen de tandheelkunde/mondzorg zijn onder meer: iatrogene schade en medische complicaties, met name aan het gebit en de gebitsfunctie maar ook infectieuze besmettingen (Hepatitis B, HIV, Legionella).

4.4 Meten van incidenten en onbedoelde schade

Voor zover bekend wordt er in Nederland, noch elders ter wereld een systematische continue registratie van incidenten en onbedoelde schade uitgevoerd in de huisartsenpraktijk of in andere disciplines binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Een uitzondering hierop vormen in Nederland de centrale huisartsenposten waar veel geïnvesteerd is in een systematische monitoring van de triage en op deze wijze incidenten en onbedoelde schade worden geïdentificeerd en intern besproken met als doel om de patiëntveiligheid te verbeteren (Giesen, 2007).

Wel zijn er voor verschillende disciplines binnen de eerste lijn klachtencommissies ingesteld en bestaat er de mogelijkheid van tuchtrechtspraak. Het is niet bekend welk deel van de incidenten en onbedoelde schade feitelijk resulteert in een klacht. In veel gevallen zal een dergelijke gebeurtenis ondershands worden afgehandeld of zal de drempel om een klacht in te dienen als te hoog worden ervaren.

Aan de internationale literatuur kan een aantal meetmethoden worden ontleend voor het meten van incidenten en onbedoelde schade. Hieronder zullen deze per discipline, voorzover beschikbaar, worden beschreven.

Huisartsgeneeskunde

De literatuur biedt de volgende aanknopingspunten voor methoden om incidenten en onbedoelde schade te meten:

1. Registratie van opgetreden fouten na elk contact met een patiënt (Elder, 2004).
2. Spontane rapportage door zorgverlener van incidenten op papier of via het Internet (Bhasale, 1998a; Rosser, 2005; Makeham, 2006).
3. Retrospectieve analyse van medische dossiers van een steekproef van patiënten met een verhoogd risico op incidenten en onbedoelde schade (bijvoorbeeld rond ontslag uit het ziekenhuis, Kripalani, 2007)
4. (Diepte-)interviews met patiënten (Kuzel, 2004).

Acute zorg

Er zijn in Nederland meldsystemen voor de eerstelijnsgezondheidszorg in ontwikkeling. Een voorbeeld hiervan is het SPIEGEL-project, (Studie naar Patiëntveiligheid door Incident Evaluatie in de Geneeskunde van de Eerste Lijn). Dit project bestaat uit experimenten met Veilig Incident Melden (VIM) in de huisartsgeneeskundige setting. Er wordt gekeken naar opbrengst, haalbaarheid en effect van VIM op veiligheidscultuur in deze omgeving. Hiernaast wordt een studie gedaan naar oorzaken van incidenten. Er is nog niet gepubliceerd over het project (persoonlijke mededeling Zwart, 2007).

Op veel centrale huisartsenposten worden de telefoongesprekken opgenomen. Dit biedt de mogelijkheid om de triage te toetsen.

In een onderzoek met simulatiepatiënten is gevonden dat bij triage de urgentie in vergelijking met de gouden standaard in 19% van de gevallen werd onderschat en in 12% van de gevallen werd onderschat (Giesen, 2007). De geneigdheid te onderschatten hing significant samen met de genoten scholing in triage. Ook is aangetoond dat de factor afstand tussen de huisartsenposten en de woning van de hulpvrager samenhangt met de wachttijd bij een huisvisite (Giesen, 2007).

Paramedische zorg

Bij geen van de beroepsgroepen binnen de paramedische zorg vindt een systematische gegevensverzameling van incidenten of onbedoelde schade tijdens of door de behandeling plaats. Voor de paramedische zorg bestaat een klachtencommissie bij het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI). Klachten die hier binnen komen betreffen meestal niet patiëntveiligheidsaspecten.

Wat betreft de beroepsgroepen oefentherapie Cesar en Mensendieck bekijkt de beroepsvereniging, de VvOCM, tesamen met de NPCF, de opties om een project “meten van patiëntervaringen” te realiseren. In deze vragenlijst worden ook vragen omtrent veiligheid opgenomen. Het gaat hier over algemene patiëntervaringen en niet over een registratie van incidenten en/of onbedoelde schade.

Verloskundige zorg

Er bestaat een wettelijke verplichting om calamiteiten te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Middels de perinatale registratie worden incidenten geregistreerd. Landelijke gegevens over perinatale sterfte (tijdens of tot een week na de bevalling) worden ontleend aan de CBS-doodsoorzaken registratie. Op lokaal/regionaal niveau worden in een aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden besprekingen gehouden over perinatale sterfte. Niet bekend is in hoeverre dit leidt tot systematische registratie van onbedoelde schade.

Tandheelkunde/mondzorg

In het NMT-project Peilstations is onderzoek gedaan naar onder meer het voorkomen van en risicofactoren voor sensibiliteitsstoornissen na een tandheelkundige behandeling onder lokale anesthesie (zie: www.tandartsennet.nl).

Multidisciplinaire samenwerking

Het eerder genoemde SPIEGEL-project omvat ook de multidisciplinaire samenwerking. Er heeft een pilot plaatsgevonden in enkele huisartsenposten en er loopt een pilot in 5 gezondheidscentra in de regio Utrecht, waarin huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en praktijkondersteuners incidenten kunnen melden. Incidenten worden niet alleen geregistreerd, ook wordt een systematische methode gebruikt om incidenten te analyseren afgeleid van de Veiligheids Management Systemen: Sire en Prisma. Van het project, waarover nog niet is gepubliceerd, vindt een procesevaluatie plaats. SPIEGEL wordt begeleid vanuit het Kenniscentrum Patiëntveiligheid en het Juliuscentrum. Dit centrum heeft ook de vertaling naar een eerstelijnsversie van de COMPaZ-vragenlijst gemaakt. COMPaZ staat voor ‘Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen in Nederland’ (persoonlijke mededeling Zwart, 2007).

4.5 Incidentie van incidenten en onbedoelde schade

Huisartsgeneeskunde

Zoals reeds eerder vermeld zijn er geen Nederlandse studies bekend waaraan informatie over het aantal incidenten en onbedoelde schade in de huisartsenpraktijk kan worden ontleend. Wel zijn een aantal buitenlandse studies uitgevoerd. Er zijn relatief weinig studies uitgevoerd waarbij het aantal incidenten en gevallen van onbedoelde schade kon worden gerelateerd aan een ‘epidemiologische noemer’ (b.v. een patiëntpopulatie of contacten met de huisarts). Twee studies geven een “incidentiecijfer” van incidenten en gevallen van onbedoelde schade (zie tabel 4.1). Deze cijfers lopen sterk uiteen.

Tabel 4.1: Incidentiecijfer van incidenten en/of gevallen van onbedoelde schade in de huisartsenpraktijk

	Incidentiecijfer
Makeham (2006) – Australië	0,08% van 490.864 contacten 0,24% van 166.569 patiënten
Rubin (2003) – Verenigd Koninkrijk	7,6% van 12.431 contacten

Meer informatie is beschikbaar over de relatieve verdeling van gevallen van onbedoelde schade over de verschillende risicogebieden (zie tabel 2). Vermeld moet worden dat er in geen van de hier vermelde studies onderscheid gemaakt wordt tussen incidenten en onbedoelde schade. Hierdoor is niet duidelijk in welke mate er feitelijk sprake is van vermijdbare schade.

Tabel 4.2: Relatieve frequentie van incidenten en/of onbedoelde schade over de risicogebieden

Diagnostiek	
Bhasale (1998a)	34%
Bhasale (1998b)	28%
Makeham (2002)	27%
Rosser (2005)	18%
Behandeling	
Bhasale (1998a)	51% (farmacotherapie) 42% (niet-medicamenteuze therapie)
Makeham (2002)	31%
Rosser (2005)	26%
Rubin (2003)	42% (farmacotherapie)
Communicatie	
Bhasale (1998a)	23%
Elder (2004)	5%
Kuzel (2004)	8%
Makeham (2002)	15%
Rosser (2005)	9%
Rubin (2003)	30%

Zoals al eerder vermeld betreffen de voornaamste risicogebieden de diagnostiek, de (medicamenteuze) behandeling en de communicatie. Wat betreft het aandeel van communicatie in de incidenten valt de grote spreiding in de relatieve omvang tussen de studies op.

Andere eerstelijnszorgverleners

Over de incidentie van onbedoelde schade en incidenten in de overige disciplines in de eerste lijn zijn weinig of geen gegevens beschikbaar:

- *verloskunde*: landelijke cijfers laten zien dat de perinatale sterfte in 2006 zes per 1.000 geborenen bedroeg; de maternale sterfte was 15 op de 182.448 geboorten (CBS, Statline). Niet duidelijk is hoe vaak hier sprake is van onbedoelde schade. Perinatale

sterfte besprekingen wijzen op 19% vermijdbare sterfte (Landelijke Perinatale Audit Studie, Eskens et al., 2005);

- een tandarts krijgt gemiddeld één keer in de vier jaar te maken met een patiënt met een sensibiliteitsstoornis na een mandibulair blok of een nervus mentalis blokkade. In veruit de meeste gevallen is deze stoornis tijdelijk en duurt deze niet langer dan twee maanden (Omnibus enquête, 2004);
- ten aanzien van de *multidisciplinaire samenwerking* vond Forster et al. (2003) dat bij 23% van de patiënten ontslagen uit het ziekenhuis onbedoelde schade optrad in de eerste lijn.

4.6 Aangrijpingspunten om patiëntveiligheid te verbeteren

Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is er in Nederland nog geen systematisch onderzoek gedaan naar de aard en omvang van incidenten en onbedoelde schade. Alvorens na te denken over verbetering van de patiëntveiligheid dient eerst bewustwording plaats te vinden en de erkenning dat patiëntveiligheid niet alleen in het ziekenhuis maar ook in de eerstelijnsgezondheidszorg van belang is.

Als aangrijpingspunt geldt voor alle disciplines dat patiëntveiligheid lijkt te kunnen worden verbeterd door:

- meer specifieke aandacht hiervoor in (bij)scholing en richtlijnen;
- het stimuleren van het werken volgens de richtlijnen en/of volgens de professionele standaard;
- het verkrijgen van een certificering voor de geleverde zorg (zoals de NHG-Praktijk-accreditering en de HKZ-certificering);
- invoering van het daarbij behorende kwaliteitssysteem;
- het oprichten van een (centraal) register voor het melden van onbedoelde schade en
- het bewerkstelligen van een patiëntveiligheidscultuur.

Huisartsgeneeskunde

In de huisartsgeneeskundige zorg wordt momenteel aandacht besteed aan de veiligheid van het triage-systeem op de centrale huisartsenposten. Bij het ontwikkelen van een veiligheidscultuur in de huisartsgeneeskunde kan de patiëntveiligheid op de huisartsenposten als voorbeeld dienen voor de ontwikkeling van een *sense of urgency*.

Een essentiële randvoorwaarde voor het verbeteren van patiëntveiligheid in de huisartsenzorg is de beschikbaarheid van een adequaat medisch dossier, inclusief het waarneem- en het medicatiedossier. In dit kader is vermeldenswaard dat NIVEL, WOK en NHG de z.g. EPD-scan ontwikkelen. Dit is een instrument waarmee de kwaliteit van de dossiervoering van huisartsen kan worden gemeten. Het is de bedoeling dat dit gaat worden gebruikt in het kader van het Waarneem Dossier Huisartsen (WDH), zodat huisartsen op de huisartsenpost niet alleen inzage krijgen in dossiers maar ook kunnen vertrouwen op de volledigheid.

Activiteiten ter verbetering van de patiëntveiligheid in de huisartsgeneeskunde dienen zich in eerste instantie te richten op de meest frequent voorkomende probleemgebieden (diagnostiek, medicamenteuze behandeling, communicatie met de patiënt en met andere zorgverleners). Het is van belang om informatie uit de literatuur over de oorzaken van incidenten en onbedoelde schade daarbij te betrekken (Jacobs, 2007). In de Verenigde Staten bieden drie vooraanstaande *health care research and safety organizations* een web-based instrument aan dat artsen helpt te beoordelen in hoeverre zij hun praktijk goed kunnen runnen. Dit instrument omvat o.a. de medicatiebewaking en de communicatie met andere zorgverleners en patiënten (zie: www.physiciansafetytool.org).

Paramedische zorg

Voor aangrijpingspunten ter verbetering van de patiëntveiligheid kan in het kader van fysiotherapie

gedacht worden aan:

- in de ontwikkeling zijnde prestatie-indicatoren voor het vakgebied fysiotherapie wordt naast de vakinhoudelijke en overige veiligheidsaspecten (EHBO, hygiënisch werken etc.) ook aandacht gevraagd voor patiëntveiligheid;
- hanteren van scherpe in- en exclusiecriteria voor het behandelen van patiënten verkleinen de risico's op incidenten en onbedoelde schade. Deze criteria kunnen ook een onderdeel zijn van de eerder genoemde richtlijnen.

Aangrijpingspunten binnen oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck om de patiëntveiligheid te verbeteren zijn:

- de eisen voor registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici aanpassen aan oefentherapie;
- het invoeren van de HKZ-certificering en het daaraan gekoppelde kwaliteitssysteem;
- de contracten met zorgverzekeraars waarin een aantal eisen rond hygiëne, accommodatie e.d. opgenomen zijn.

Aangrijpingspunten ter verbetering van patiëntveiligheid binnen de diëtetiek zijn:

- een risico inventarisatie om meer inzicht te krijgen in de risicogebieden en risicogroepen. Een dergelijke inventarisatie geeft aanknopingspunten voor gebieden waarop diëtisten alert moeten zijn;
- het oprichten van een centraal register waarin alle situaties die binnen het terrein van patiëntveiligheid vallen verzameld worden.

Verloskundige zorg

In de eerstelijnsverloskunde kunnen aangrijpingspunten worden geselecteerd voor verbetering van de patiëntveiligheid binnen de beroepsgroep en binnen de zorgketen. Binnen de beroepsgroep kan worden gedacht aan:

- KNOV-standaarden en –standpunten;
- Praktijkanalyse instrument;
- eisen voor BIG-registratie en kwaliteitsregisters;
- deelname aan intercollegiale toetsing;
- klachtenbehandeling.

Binnen de keten van de verloskundige zorg zijn aangrijpingspunten voor verbetering van de patiëntveiligheid:

- verloskundig vademecum;
- NVOG-standaarden;
- perinatale sterfte besprekingen;
- perinatale audit (in ontwikkeling).

Tandheelkunde/mondzorg

Op verschillende niveaus kan de patiëntveiligheid in de mondzorg worden verbeterd. Hierbij kan worden gedacht aan de individuele beroepsbeoefenaar (het stimuleren van intercollegiale toetsing en nascholing), de individuele patiënt (vergroten mondigheid en vragen naar informatie), de opleidingen (meer aandacht voor patiëntveiligheid), de beroepsorganisaties (verdere ontwikkeling kwaliteitssystemen, bij- en nascholing), de wetenschappelijke verenigingen (meer aandacht voor patiëntveiligheid in bij- en nascholing), patiëntenverenigingen (vertegenwoordiging patiënt/cliënt voor patiëntperspectief over patiëntveiligheid). Ook verzekeraars (eisen stellen aan de zorgverlening), de rijksoverheid (wettelijk toezicht op patiëntveiligheid) en de industrie (veilige, efficiënte en ergonomische apparatuur) kunnen een rol spelen in het verbeteren van de patiëntveiligheid in de tandheelkunde/mondzorg.

Multidisciplinaire samenwerking

Naast de punten die worden genoemd als aangrijpingspunt voor verbetering van de patiëntveiligheid binnen de afzonderlijke disciplines, zijn er voor de geïntegreerde eerste lijn ook specifieke aangrijpingspunten. De eerder genoemde Landelijke Eerste Lijnsamenwerkingsafspraken (LESA's) en Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) zijn een aangrijpingspunt voor verbetering voor patiëntveiligheid omdat hierin zowel de zorg voor de verschillende disciplines en de samenwerking is geprotocolleerd. Een ander aangrijpingspunt betreft verbetering van de (elektronische) dossieruitwisseling tussen zorgverleners. Met de invoering van het elektronisch Waarneem Dossier Huisartsen en het Elektronisch Medicatie Dossier zijn hiertoe de eerste stappen gezet (te behoeve van uitwisseling tussen respectievelijk huisarts en huisartsenpost en tussen de bij het medicatiedossier betrokken zorgverleners). Dergelijke initiatieven zijn bijvoorbeeld ook wenselijk voor de uitwisseling tussen huisartsenpraktijk en fysiotherapeut/oefentherapeut (zeker nu de directe toegankelijkheid van de fysiotherapie is ingevoerd) en tussen huisartsen en huisartsenlaboratorium (voor het aanvragen van diagnostiek en het doorgeven van de uitslagen).

5 Voorstel voor het registreren van onbedoelde schade in de eerste lijn

Om schade voor de patiënt te beperken is meer inzicht nodig in de oorzaken van incidenten en onbedoelde schade en de mogelijkheden voor preventie daarvan. Dit geldt zeker ook voor incidenten en onbedoelde schade als gevolg van tekortschietende medicatieveiligheid. Door het monitoren van het optreden van onbedoelde schade in de tijd kan gericht worden onderzocht welke factoren verantwoordelijk zijn voor dergelijke gebeurtenissen, hoe mogelijke oorzaken van onbedoelde schade kunnen worden vermeden en in hoeverre interventies ter verhoging van de patiëntveiligheid effect sorteren.

De literatuur biedt aanknopingspunten voor de wijze waarop een registratie van incidenten en onbedoelde schade kan plaatsvinden (zie paragraaf 4.5). Bij de keuze voor een registratiemethode(n) dient een afweging gemaakt te worden tussen de daarvoor benodigde inspanning en de potentiële opbrengst. Dit is met name van belang binnen de huisartsgeneeskunde waar het gaat om zeer grote aantallen patiënten en contacten.

Voor het kunnen registreren van onbedoelde schade is een belangrijke randvoorwaarde dat er een adequaat, compleet en toegankelijk dossier beschikbaar is.

De registratie van incidenten en onbedoelde schade dient verschillende doelen:

Primaire doelen zijn het vaststellen van aard en omvang van onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg en het leren van fouten.

Secundaire doelen zijn bewustwording van patiëntveiligheid en het ontwikkelen van een veiligheidscultuur.

De literatuur biedt de volgende aanknopingspunten voor het meten van incidenten en onbedoelde schade (zie ook paragraaf 4.5):

1. Registratie van incidenten na elk contact met een patiënt.
2. Spontane rapportage door zorgverlener van incidenten op papier of via het Internet, niet alleen door huisartsen, maar b.v. ook apothekers, praktijkverpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers.
3. Retrospectieve analyse van medische dossiers:
 - a) bij een aselechte steekproef van patiënten;
 - b) bij een steekproef van patiënten met een nader te definiëren verhoogd risico op incidenten en onbedoelde schade;
4. (Diepte-)interviews met patiënten.
 - a) bij een aselechte steekproef van patiënten;
 - b) bij een steekproef van patiënten met een nader te definiëren verhoogd risico op incidenten en onbedoelde schade.

In de literatuur zijn studies beschreven waarin medische dossiers werden onderzocht van patiënten bij wie onbedoelde schade of een incident is opgetreden (b.v. sterfte, ziekenhuisopname, naar aanleiding van een klachtprocedure, Baker, 2007; Gandhi, 2006; Woloshynowych, 2005).

Omdat elke meetmethode zijn eigen voor- en nadelen heeft, met name in termen van benodigde inspanning in relatie tot de potentiële opbrengst, zal een combinatie van meetmethoden het meest complete beeld opleveren. Gezien het grote aantal contacten binnen de eerste lijn lijkt een registratie na afloop van ieder patiëntcontact niet realiseerbaar. Het lijkt anderzijds onwaarschijnlijk dat een ‘spontane’ rapportage van incidenten op papier of via internet op zichzelf een volledig beeld op zal leveren van het aantal gevallen van onbedoelde schade binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Spontane rapportage van incidenten en onbedoelde schade zal wel bijdragen aan het verhogen van bewustwording van patiëntveiligheid en het ontwikkelen van een veiligheidscultuur (het secundaire doel van registratie). Zoals eerder vermeld komen incidenten en onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg relatief minder vaak voor dan in de tweedelijnsgezondheidszorg. Een aselechte steekproef voor een retrospectieve analyse van dossiers of voor het houden van interviews met patiënten zal daardoor waarschijnlijk onvoldoende informatie geven over het aantal incidenten en gevallen van onbedoelde schade.

Voor een haalbare en zo volledig mogelijke registratie van onbedoelde schade zou daarom voor de onderscheiden disciplines een steekproef van cliënten getrokken moeten worden met een verhoogd risico op incidenten en onbedoelde schade. Van deze cliënten zou het dossier bestudeerd moeten worden op het vóórkomen van incidenten en/of onbedoelde schade gedurende bijvoorbeeld de afgelopen vijf jaar. Ook zou het veel inzicht geven (anonieme) interviews te houden met een steekproef van zorgverleners om in kaart te brengen welke incidenten en gevallen van onbedoelde schade zich het afgelopen jaar hebben voorgedaan en wat er daarvan terug te vinden is in de dossiers.

Het voorstel voor een meetmethode om gevallen van onbedoelde schade te meten luidt derhalve:

- a) De ontwikkeling van mogelijkheden voor spontane, anonieme rapportage van gevallen van onbedoelde schade door eerstelijnszorgverleners (schriftelijk, mondeling, via Internet) op lokaal/regionaal niveau. Gekoppeld aan deze rapportage zou een methodiek voor systematische bespreking (*peer audit*) van deze onbedoelde schade in lokale/regionale groepen moeten worden ontwikkeld. Hierbij moet de nadruk liggen op het leren van fouten. Rapportage mag niet leiden tot strafmaatregelen. Belangrijk is dat één systeem wordt gehanteerd om events te rubriceren/classificeren afgeleid van PCISME¹ of de Canadese taxonomie (Makeham et al., 2002). Alleen dan zijn gegevens uit dit systeem te aggregeren en extrapoleren naar landelijk niveau. Bij voorkeur zou hetzelfde systeem moeten worden gehanteerd bij de tuchtrechtzaken, door de IGZ en de verschillende regionale klachtencommissies.
- b) Uitvoering van een haalbaarheidsstudie naar de optimale methode voor een retrospectieve analyse van dossiers van patiënten met een verhoogd veiligheidsrisico bij de verschillende eerstelijnsdisciplines. Dit om vast te stellen in hoeverre de kwaliteit van de dossiers voldoende is om informatie over onbedoelde schade te verkrijgen en om een operationele definitie te ontwikkelen voor een verhoogd risico op onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg. Voorbeelden van categorieën patiënten met een verhoogd risico op onbedoelde schade zijn: multimorbiditeit, spoedconsulten/

¹ Primary Care International Study of Medical Errors: de eerste internationale studie over medische fouten in de eerstelijnsgezondheidszorg, waarin de gegevens van zes landen worden vergeleken met vergelijkbare standaarden voor de gezondheidszorg.

visites, waarnemingsituaties, spoedopnames, heropnames, uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, in het ziekenhuis overleden patiënten kunnen worden nageplozen. Deze haalbaarheidsstudie dient als basis voor een grootschaliger studie naar de omvang en de aard van onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland.

6 Conclusies en beschouwing

6.1 Conclusies

Het doel van de in deze rapportage beschreven inventarisatie was drieledig: het bieden van inzicht in

- a) de huidige stand van zaken omtrent patiëntveiligheid en onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- b) hoe een meting van onbedoelde schade en de gevolgen ervan in de eerstelijnsgezondheidszorg kan worden opgezet;
- c) mogelijkheden om de patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg te verbeteren.

Daartoe zijn de volgende vragen beantwoord.

Hoe kunnen begrippen rond patiëntveiligheid en onbedoelde schade binnen de eerste lijn worden uitgewerkt? Wat valt er wel en niet onder?

Voor de eerstelijnsgezondheidszorg is het begrippenkader dat gebruikt wordt voor patiëntveiligheid in het ziekenhuis goed bruikbaar. Wel is duidelijk dat de mogelijke schade andere accenten kent, zowel lichamelijk als psychisch, en variërend van het langduriger ervaren van klachten, symptomen en ongemak tot sterfte. Ook gevolgen in de zin van medicalisering, somatisatie en slechtere therapietrouw zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg van belang.

Wat is bekend over onbedoelde schade en patiëntveiligheid in de eerste lijn? Wat zijn risicogebieden?

In het algemeen kan gesteld worden dat over patiëntveiligheid en onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland nauwelijks iets bekend is omdat systematisch onderzoek ontbreekt. In de internationale literatuur zijn vooral publicaties over de huisartsenzorg te vinden. De meeste bevindingen die in dit rapport beschreven worden, zijn dan ook gebaseerd op expert-oordelen.

De belangrijkste risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg betreffen het diagnostisch en therapeutisch handelen en de communicatie (zowel tussen hulpverlener en patiënt als tussen hulpverleners onderling).

Hoe kan een meting van onbedoelde schade in de eerste lijn worden opgezet?

Teneinde meer inzicht te verkrijgen over aard en omvang van onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt aanbevolen om de mogelijkheid voor het spontaan melden van onbedoelde schade te ontwikkelen, gekoppeld aan een methodiek voor de systematische bespreking van onbedoelde schade op lokaal/regionaal niveau. Daarnaast wordt aanbevolen, vooruitlopend op een brede inventarisatie, om een haalbaarheidsstudie uit te voeren naar de optimale wijze van dossieronderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg met speciale aandacht voor de vraag of de kwaliteit van de dossiers voldoende is om informatie over onbedoelde schade te verkrijgen en voor de vraag welke risicogroepen

voor een dossieronderzoek in aanmerking komen. Hierbij dient onbedoelde schade als gevolg van medicatiefouten niet te worden uitgesloten.

Welke aangrijpingspunten zijn voorhanden om patiëntveiligheid in de eerste lijn te verbeteren?

Geconstateerd wordt dat er binnen de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland nog geen systematisch onderzoek is gedaan naar de aard en omvang van incidenten en onbedoelde schade. Om patiëntveiligheid meer op de kaart te zetten is het allereerst noodzakelijk dat eerstelijnszorgverleners zich ervan bewust worden dat een systematische registratie van onbedoelde schade ook in de eerstelijnsgezondheidszorg van belang is. Bestaande initiatieven op deelterreinen voor het meten en bespreken van patiëntveiligheid (bijvoorbeeld de triage op de centrale huisartsenposten, de perinatale sterfte bij verloskundigen, het SPIEGEL-project) kunnen als goede voorbeelden dienen om dit bewustzijn te vergroten. Een systematische registratie van de aard en omvang van onbedoelde schade in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland zal het bewustzijn van het probleem patiëntveiligheid verhogen zoals dat ook het geval was bij de ziekenhuizen (de Bruijne et al., 2007). In de kwaliteitssystemen van de verschillende eerstelijnsberoepsbeoefenaren zijn vervolgens voldoende aanknopingspunten aanwezig om de patiëntveiligheid in de eerste lijn te verbeteren.

6.2 Beschouwing

De in dit rapport beschreven inventarisatie is in verschillende opzichten beperkt gebleven. Ten eerste is op verzoek van de opdrachtgever de medicatieveiligheid en patiëntveiligheid in de thuiszorg uitdrukkelijk buiten beschouwing gelaten. Internationale literatuur laat zien dat medicatieveiligheid een essentiële factor is in een studie naar patiëntveiligheid. Het niet betrekken van medicatieveiligheid bij deze inventarisatie is daarom een belangrijke beperking van het onderwerp patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ten tweede kon, door de korte tijd waarin dit rapport tot stand moest komen, geen systematisch literatuuronderzoek worden uitgevoerd van de beschikbare literatuur over dit onderwerp. Vervolgens bleek dat in de meeste studies de verbetering van kwaliteit van zorg gelijk gesteld wordt met het verbeteren van patiëntveiligheid. Onduidelijk is of dit in alle gevallen opgaat. Met inachtneming van deze beperkingen geeft dit rapport inzicht in verschillende aspecten van patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg.

De geraadpleegde internationale literatuur bleek enerzijds waardevol, anderzijds is de informatie uit het buitenland niet altijd zonder meer bruikbaar voor de Nederlandse situatie. Nederlandse huisartsen hebben bijvoorbeeld vaak een jarenlange relatie met de bij hen ingeschreven patiënten en hebben een poortwachtersrol voor toegang tot de tweedelijnsgezondheidszorg, hetgeen patiëntveiligheidsaspecten in een ander daglicht stelt vergeleken met bijvoorbeeld een consultatief werkende *family doctor* in de Verenigde Staten.

De eerstelijnsgezondheidszorg is het eerste station van de professionele zorg. De beslissing van patiënten om professionele hulp in te roepen en in welk stadium van de klachten of van een ziekteproces een patiënt hulp zoekt is primair de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. Echter, indien de patiënt om andere redenen reeds professionele zorg ontvangt, heeft die zorgverlener ook een verantwoordelijkheid voor de zorg in het algemeen, en daarmee ook voor incidenten en onbedoelde schade. De bestudeerde literatuur in het kader van patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg besteedt aan dit onderwerp geen aandacht.

Ook heeft patiëntveiligheid voor de verschillende beroepsgroepen binnen de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg verschillende accenten, afhankelijk van de aard van de zorg die verleend wordt en de mate waarin meerdere zorgverleners bij eenzelfde patiënt zijn betrokken.

Bijlage 1: Experts op het gebied van patiëntveiligheid

De volgende experts hebben een bijdrage geleverd aan het overzicht van de stand van zaken op het gebied van patiëntveiligheid binnen de eerste lijn:

- prof.dr. F. Schellevis (huisartsgeneeskundige zorg)
- dr. D. de Bakker (multidisciplinaire samenwerking)
- dr. J.C. IJzermans (acute zorg)
- dr. C. Veenhof (paramedische zorg)
- dr. T.A. Wieggers (verloskundige zorg)
- drs. J. van den Heuvel (tandheelkunde/mondzorg).

Bijlage 2: Raamwerk voor beschrijving van de stand van zaken op het gebied van patiëntveiligheid per discipline

1. Voornaamste risicogebieden voor onbedoelde schade en incidenten.
2. Voornaamste criteria voor onbedoelde schade en incidenten.
3. Voornaamste gevolgen van onbedoelde schade (schade).
4. Wat is er bekend over de incidentie van onbedoelde schade en incidenten?
5. Worden gevallen van onbedoelde schade geregistreerd/gemeten?
 - a. zo ja hoe en kan dit verder worden verbeterd?
 - b. zo nee, hoe kan een dergelijke registratie het beste plaatsvinden?
6. Welke aangrijpingspunten zijn voorhanden om patiëntveiligheid te verbeteren?

Bijlage 3: Patiëntveiligheid per discipline

Hier worden per discipline de bevindingen op grond van de geraadpleegde informatiebronnen (wetenschappelijke literatuur en andere bronnen) per onderwerp beschreven. De volgende onderwerpen worden hierbij in hoofdlijnen geschetst voor de afzonderlijke disciplines:

- risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade;
- gevolgen van incidenten en onbedoelde schade;
- incidentie van incidenten en onbedoelde schade;
- meten van onbedoelde schade.

Huisartsgeneeskunde

<i>Risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- triage door de huisarts en de doktersassistente- diagnostische fase- medicamenteuze behandeling- communicatie- administratieve fouten- dossierfouten- bereikbaarheid en toegankelijkheid
<i>Gevolgen van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- psychologische gevolgen (angst, minderwaardigheidsgevoelens etc.)- lichamelijke gevolgen (klachten, symptomen, ongemak, verergering klachten)- economische gevolgen (kosten, arbeidsongeschiktheid)- heropname, extra medische verrichtingen, sterfte
<i>Incidentie van incidenten en onbedoelde schade (het gaat hier om buitenlandse cijfers)</i> <ul style="list-style-type: none">- algemeen: variatie van 0,08% tot 7,6%- diagnostiek: variatie van 18% tot 34%- behandeling: variatie van 26% tot 51%- communicatie: variatie van 8% tot 30%
<i>Meten van onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- registratie na ieder consult- spontane rapportage van incidenten- retrospectieve analyse medische dossiers:<ul style="list-style-type: none">o aselechte steekproefo steekproef patiënten met verhoogd risicoo patiënten bij wie onbedoelde schade of een incident is opgetreden- diepte-interviews van zorggebruikende patiënten

Acute zorg

<i>Risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- triage- werkdruk- beschikbaarheid dossier- overdracht gegevens- bereikbaarheid/ toegankelijkheid
<i>Gevolgen van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen gegevens bekend
<i>Incidentie van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen gegevens bekend
<i>Meten van onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- het registreren van al dan niet correcte triage- afstand tussen de huisartsenposten en de woning van de hulpvrager

Paramedische zorg: fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck

<i>Risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- cardiovasculair risico- infecties- breuken- accommodatie van therapeut- bejegening van patiënt- overbehandeling en somatische fixatie
<i>Gevolgen van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen gegevens bekend
<i>Incidentie van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen gegevens bekend
<i>Meten van onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen systematische meting

Paramedische zorg: Diëtetiek

<i>Risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- voorschrijven van verkeerde voedingsstoffen aan patiënten uit risicogroepen als: patiënten met nieraandoeningen, stofwisselingsstoornissen, zwangerschapsvergiftiging, slikklachten, allergieën- accommodatie- hygiëne- bejegening
<i>Gevolgen van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen gegevens bekend
<i>Incidentie van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen gegevens bekend
<i>Meten van onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen systematische meting

Verloskundige zorg

<p><i>Risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade</i></p> <ul style="list-style-type: none">- bereikbaarheid en toegankelijkheid van verloskundige en tweedelijns hulpverleners in het geval van verwijzing- diagnostiek- voorlichting/counseling- behandeling/advies- administratie/dossiervorming- multidisciplinair overleg/samenwerking
<p><i>Gevolgen van incidenten en onbedoelde schade</i></p> <ul style="list-style-type: none">- perinatale en maternale morbiditeit en mortaliteit; psychosociale problematiek
<p><i>Incidentie van incidenten en onbedoelde schade</i></p> <ul style="list-style-type: none">- perinatale sterfte: 0,6 %- maternale sterfte: 0,008%- bij 19% van de onderzochte sterfgevallen bestaat er een mogelijke relatie met het niet volgens de standaard verlenen van zorg
<p><i>Metten van onbedoelde schade</i></p> <ul style="list-style-type: none">- geen systematische meting, calamiteiten moet worden gemeld aan de inspectie- perinatale audit- onderzoek naar vermijdbare sterfte

Tandheelkunde/mondzorg

<i>Risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- technische factoren (medische hulpmiddelen)- ioniserende straling- patiëntgerelateerde factoren (multimorbiditeit, multi-medicatie, ouderen, radiotherapie in hoofd/halsgebied, overgevoeligheid, chemotherapie)
<i>Gevolgen van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- iatrogene schade en medische complicaties- besmettingen
<i>Incidentie van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen gegevens bekend
<i>Metten van onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- geen systematische meting

Multidisciplinaire samenwerking

<i>Risicogebieden voor incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- communicatie tussen huisarts en huisartsenpost, fysio- en oefentherapeut, verloskundige, thuiszorg, apotheker etc.
<i>Gevolgen van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- medicalisering- medicatiefouten- onvoldoende therapietrouw- heropnames
<i>Incidentie van incidenten en onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- 23% van de patiënten ontslagen uit het ziekenhuis
<i>Meten van onbedoelde schade</i> <ul style="list-style-type: none">- diepte-interviews

Literatuur

Inleiding, begripsafbakening, en methode

Bruijne MC de, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Utrecht/ Amsterdam: NIVEL/EMGO Instituut VUmc, 2007.

Conradi M. Fouten van huisartsen. Amsterdam/Meppel: Boom, 1995.

Jacobs S, O'Beirne M, Derflingher LP, Vlach L, Rosser W, Drummond N. Errors and adverse events in family medicine: Developing and validating a Canadian taxonomy of errors. *Can.Fam.Phys* 2007;53:270-276.

Meredith A B Makeham, Susan M Dovey, Mary County and Michael R Kidd. An international taxonomy for errors in general practice: A pilot study. *MJA* 2002 177 (2): 68-7

Phillips RL Jr, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE, Jr., Miyoshi TJ, Green LA. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Qual.Saf Health Care* 2004;13:121-126.

Sanders J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: Understanding the diversity across studies. *Family Practice* 2003;20:231-236.

Schellekens W, Blijham GH. Deltaplan voor een verborgen probleem. *Medisch Contact* 2003;58:387-390.

Vincent CA, Gannon K, Ennis M, Audley RJ. Medical accidents: Research in the U.K. *Int.J.Risk SafetyMed* 1990;1:207-218.

Wagner C, Struben V. Op weg naar het veiligheidsmanagementsysteem: een tussenstand. Utrecht: NIVEL, 2007

Wagner C, van der Wal G. Voor een goed begrip: bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. *Medisch Contact* 2005;60:1888-1891.

Literatuur per discipline

Geraadpleegde literatuur (Huisartsgeneeskunde en Multidisciplinaire samenwerking)

- Baker R, Sullivan E, Camosso-Stefinovic J, Rashid A, Farooqi A, Blackledge H, Allen J. Making use of mortality data to improve quality and safety in general practice: a review of current approaches. *Qual Saf Health Care* 2007;16:84-9.
- Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study. *Med J Austr* 1998a;169:73-6.
- Bhasale A. The wrong diagnosis: identifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring. *Fam Pract* 1998b;15:308-18.
- Elder NC, Vonder Meulen M, Cassedy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Ann Fam Med* 2004;2:125-9.
- Forster AJ, Clark HD, Menard A., Dupuis, N, Chernish R, et al., Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004, 170(3), 345-9.
- Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003, 138, 161-7.
- Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, Studdert DM. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. *Ann Intern Med* 2006;145:488-96.
- Jacobs S, Vlach L. Errors and adverse events in family medicine. *Can Fam Physician* 2007;53:270-6.
- Penn Ketring S, White JP. Developing a systemwide approach to patient safety. *J Qual Improv* 2002;28:287-95.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA* 2007;297:831-41.
- Kuzel AJ, Woolf SH, Gilchrist VJ, Engel JD, LaVeist TA, Vincent C, Frankel RM. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Ann Fam Med* 2004; 2:333-40.
- Makeham MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust* 2002;177:68-72.
- Makeham MAB, Kidd MR, Saltman DC, Mira M, Bridges-Webb C, Cooper C, Stromer S. The threats to Australian patient safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. *Med J Aust* 2006;185: 95-8.
- Ross Baker G, Norton PG. Adverse events and patient safety in Canadian health care. *CMAJ* 3, 2004, 170: 353-4.
- Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E, Drummond N. Medical errors in primary care. Results of an international study of family practice. *Can Fam Physician* 2005;51:386-7.
- Rubin G, George A, Chinn DJ, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Saf Health Care* 2003;12: 443-7.
- Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in health care. *Health Technol Assess* 2005;9(19).
- Woolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, Phillips RL. A string of mistakes: the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Ann Fam Med* 2004;2: 317-26.

Geraadpleegde literatuur Acute zorg

Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, van den Bosch W, Grol R. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care*. 2007 Jun;16(3):181-4.

Giesen P, van Lin N, Mokkink H, van den Bosch W, Grol R. General practice cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances? *BMC Health Serv Res*. 2007 Feb 12;7:19.

www.nederlandstriagesysteem.nl

Geraadpleegde literatuur Paramedische zorg (fysiotherapie en oefentherapie)

Cagnie B, Vinck E, Beernaert A, Cambier D. How common are side effects of spinal manipulation and can these side effects be predicted? *Man Ther*. 2004; 9:151-6.

Ernst E. Manipulation of the cervical spine: a systematic review of case reports of serious adverse events, 1995-2001. *Med.J.Aust*. 2002; 176: 376-380.

Ernst E. Adverse effects of spinal manipulation: a systematic review. *Journal of the royal society of medicine* 2007;100: 330-8.

Vohra S, Johnston BC, Cramer K, Humphreys K. Adverse events associated with pediatric spinal manipulation: a systematic review. *Pediatrics* 2007; 119: e275-e283.

Geraadpleegde literatuur Verloskundige zorg

Ashcroft B, Elstein M. Prospective semistructured observational study to identify risk attributable to staff deployment, training, and updating opportunities for midwives. *BMJ* 2003; 327: 584-594.

Boogaerts K, Vleugels A, de Jonge E. Clinical risk management in de verloskunde: een literatuuronderzoek. *Acta Hospitalia* 2005; 45: 65-90.

Errington M, Church S. Clinical risk management (3): learning from experience. *Practising Midwife* 2005; 8: 49-52.

Errington M, Church S. Clinical risk management (1). Promoting quality care... this is the first in a series of three papers. *Practising Midwife* 2005; 8: 31-35.

Errington M, Church S. Clinical risk management (2). Understanding the causes of failure. *Practising Midwife* 2005; 8: 37-41.

Eskens M, Diem M Th van. Landelijke Perinatale Audit Studie (LPAS) College van zorgverzekeringen, 2005.

Madden I, Milligan F. Enhancing patient safety and reporting near misses. *Br J Midwifery* 2004; 12: 643-647.

Symon A. Midwives and litigation. *Midwives and litigation: allegations of clinical error*. *Br J Midwifery* 1997; 5: 17-19.

Geraadpleegde literatuur Tandheelkunde/mondzorg

Omnibus-enquête najaar 2003: Sensibiliteitsstoornissen bij patiënten na lokale anesthesie. *NMT*, 2004.