

Sturen op veiligheid in de zorg

EEN HANDREIKING VOOR INZICHT IN KWALITEIT EN VEILIGHEID VOOR BESTUURDERS VAN ZORGINSTELLINGEN

Bestuurders van zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg in hun instelling. Het is voor bestuurders belangrijk om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorgprocessen en cliëntgerelateerde uitkomsten. In dit artikel wordt een nieuwe methode toegelicht die hierbij kan ondersteunen, de SAVE-methodiek. De SAVE-methodiek heeft als doel om sturingsinformatie te creëren uit de systematische analyse van cliëntendossiers. Verpleegkundigen en artsen dragen in de methodiek bij aan het in kaart brengen van knelpunten en het opstellen van verbeteracties.

Door: D. Botje, C. de Blok, J. Schilp en C. Wagner

In verschillende zorgsectoren richten landelijke programma's zich op het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. In het programma Veilige Zorg, ieders zorg in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), worden instellingen ondersteund in de implementatie van veiligheidsmanagementsystemen. De kennis over veiligheid moet leiden tot verbetering in onder andere medicatieveiligheid en suïcidepreventie. In de langdurige zorg stelt het Programma Zichtbare Zorg VVT informatie over kwaliteit beschikbaar met als doel de zorg te verbeteren en te actualiseren. In ziekenhuizen zette het VMS Veiligheidsprogramma in op het verbeteren van patiëntveiligheid en het reduceren van potentieel vermijdbare schade en sterfte door middel van tien inhoudelijke thema's en de implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem. In 2013 bleek dat de implementatie van de thema's verbeterde, maar dat er grote verschillen bestaan tussen de thema's en tussen ziekenhuisafdelingen in de mate waarin zij adviezen van een thema naleven (De Blok e.a., 2013).

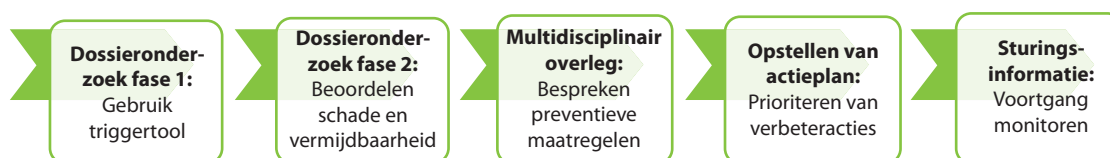
Inzicht in kwaliteit en veiligheid

De meeste raden van bestuur erkennen het belang van kwaliteit en veiligheid (Botje e.a.,

2013), maar ze hebben vaak onvoldoende informatie over het functioneren van zorgprocessen en de resulterende zorguitkomsten. Hierdoor is het lastig om gerichte en effectieve acties te ondernemen als zich zorggerelateerde schade voordoet en om medewerkers te ondersteunen in het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid. Zorggerelateerde schade is de onbedoelde uitkomst voor een cliënt die veroorzaakt is door de zorg en niet door de ziekte. Door inzicht te krijgen in knelpunten bij zorgprocessen kunnen instellingen specifieke verbeteracties opzetten (Zegers e.a., 2009a). Dit geldt niet alleen voor ziekenhuizen, maar ook voor instellingen in de GGZ en langdurige zorg. Om zorginstellingen en -professionals van zorggerelateerde schade te laten leren en hen dit inzicht te laten gebruiken voor het ontwikkelen van verbeteracties is de SAVE-methodiek ontwikkeld.

De SAVE-methodiek

SAVE staat voor 'Sturingsinformatie en Aanspreekbaarheid over Veiligheid in de zorg'. De methodiek bestaat uit een combinatie van systematisch dossieronderzoek en multidisciplinaire feedbackbijeenkomsten om actieplannen en



Figuur 1. Schematisch overzicht van de SAVE-methodiek

sturingsinformatie te genereren. De SAVE-methodiek bestaat uit vijf stappen (zie figuur 1).

Stap 1: Eerste fase dossieronderzoek

Het uitvoeren van dossieronderzoek is een geschikte methode om inzicht te krijgen in de aard, ernst, omvang en de mogelijke vermijdbaarheid van zorggerelateerde schade (WHO, 2003; De Bruijne e.a., 2007; Hogan e.a., 2012). Tevens kan dossieronderzoek inzicht geven in de oorzaken die bijdragen aan het ontstaan van vermijdbare schade. Voor de SAVE-methodiek is gebruik gemaakt van de EMGO/NIVEL-methode voor dossieronderzoek. Deze methode is internationaal erkend en wordt in veel Nederlandse ziekenhuizen toegepast om vast te stellen hoe vaak zorggerelateerde en potentieel vermijdbare schade optreedt (Langelaan e.a. 2010 en 2013). Op kleinere schaal is dossieronderzoek ook toegepast in Nederlandse GGZ-instellingen (Peeters e.a., 2009).

Dossieronderzoek wordt door zorginstellingen veelal uitgevoerd bij een steekproef van bijvoorbeeld overleden patiënten, patiënten met een verlengde opnameduur, of patiënten waarbij er aanwijzingen zijn door afwijkende scores op kwaliteitsindicatoren.

Het dossieronderzoek bestaat uit twee fasen. In de eerste fase screent een getrainde verpleegkundige aan de hand van een triggerlijst of er in patiëntendossiers aanwijzingen (triggers) zijn voor potentieel vermijdbare schade. Er is een triggerlijst beschikbaar voor ziekenhuizen, de GGZ en langdurige zorg. Voorbeelden van triggers zijn 'een onbedoelde reactie op een geneesmiddel' en 'onbedoelde overplaatsing na onverwachte verslechtering'. Indien een dossier een of meer triggers bevat, gaat het door naar de tweede fase.

Stap 2: Tweede fase dossieronderzoek

In de tweede fase beoordeelt een getrainde arts of er in de dossiers waarin triggers zijn gevonden sprake was van schade aan de patiënt. In het beoordelingsformulier staat een aantal standaardvragen waarmee de arts vaststelt of deze schade zorggerelateerd was en of deze mogelijk vermijdbaar was. Hierbij geeft de arts ook een omschrijving van de aard van de schade, de mogelijke oorzaken en toekomstige preventiemogelijkheden. Indien potentieel vermijdbare

re schade in een dossier is vastgesteld, wordt deze casus besproken in een multidisciplinair overleg.

Stap 3: Multidisciplinair overleg

In een multidisciplinair overleg zijn artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici en niet-medisch personeel aanwezig. Het doel van dit overleg is om in een open maar gestructureerde vorm een casus van potentieel vermijdbare schade te bespreken die uit het dossieronderzoek naar voren is gekomen. In de casus worden de achtergrond, schade en mogelijke oorzaken besproken. De aanwezigen discussiëren over de casus en stellen samen vast welke preventieve maatregelen ze nodig achten om vergelijkbare schade in de toekomst te kunnen voorkomen. Het is hierin belangrijk om te focussen op het zorgsysteem en de zorgprocessen en niet op de geïsoleerde casuïstiek of de schuldvraag. Daarmee komt het leren van fouten centraal te staan en niet het beschuldigen van individuen. Het overleg draagt hiermee bij aan een teamgerichte cultuur en de bespreekbaarheid van patiëntveiligheid.

Stap 4: Opstellen van actieplan

De maatregelen die uit het multidisciplinair overleg naar voren komen, worden door een kleine groep medewerkers van de betreffende afdeling(en) nader besproken en uitgewerkt tot een actieplan. In dit actieplan worden de maatregelen benoemd en de taken en verantwoordelijkheden verdeeld.

Wat is bekend?

Zorginstellingen kunnen leren van (vermijdbare) zorggerelateerde schade door middel van gestructureerd dossieronderzoek.

Wat is nieuw?

De SAVE-methodiek is ontwikkeld om uitkomsten van dossieronderzoek te bespreken in een multidisciplinair overleg en daaruit een actieplan op te stellen, onder meer als rapportage naar de raad van bestuur.

Wat kun je ermee?

Doordat medisch specialisten, verpleegkundigen en andere zorgverleners gezamenlijk knelpunten vaststellen waar het actieplan zich op moet richten, ontstaat er draagvlak voor de daadwerkelijke verbeteracties. Dit vergroot de slagingskans.

Stap 5: Sturingsinformatie voor de raad van bestuur

Naar aanleiding van zowel het multidisciplinaire overleg als het overleg over het actieplan wordt een rapportage opgesteld die aansluit bij de behoefte aan sturingsinformatie van de RvB. In de rapportage staan de hoofdpunten uit het multidisciplinaire overleg en actieplan. De RvB kan in de rapportage zien wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft en kan daardoor makkelijker de voortgang monitoren. Naarmate de SAVE-methodiek vaker wordt uitgevoerd, kunnen de rapportages de mogelijkheid bieden om trends over de zorginhoud en de veiligheid te volgen.

Ervaringen uit de pilotstudie over de implementeerbaarheid

In een pilotstudie in twee ziekenhuizen, twee GGZ-instellingen en twee langdurige-zorginstellingen is de SAVE-methodiek getoetst op implementeerbaarheid. In de pilot zouden de instellingen de SAVE-methodiek een aantal keren binnen een jaar uitvoeren. Per keer werden in de eerste fase 20 dossiers gescreend. Instellingen hadden moeite om voldoende artsen bereid te vinden om deel te nemen aan het dossieronderzoek, dat gemiddeld een uur per dossier kostte. Het enthousiasme van beoordelende artsen en verpleegkundigen werd minder toen bleek dat er weinig casussen met potentieel vermijdbare schade werden gevonden. In de landelijke dossierstudie in ziekenhuizen (dossiers 2011/2012) bleek dat 1,6% van de dossiers potentieel vermijdbare schade bevatte (Langelaan e.a., 2013). Uiteraard is het wenselijk dat dit percentage zo laag mogelijk is, maar vanuit het oogpunt van leren van zorggerelateerde schade zijn er juist casussen nodig om knelpunten in zorgsystemen en -processen te kunnen vaststellen. Indien er geen casus van

zorggerelateerde schade werd gevonden, kon er geen multidisciplinair overleg plaatsvinden. Wanneer een multidisciplinair overleg plaatsvond, waren de deelnemers aan deze overleggen over het algemeen positief omdat ze leerden van knelpunten, inzicht kregen in de activiteiten van andere afdelingen en met elkaar in gesprek raakten over kwaliteit en veiligheid. Naar aanleiding van de bijeenkomsten die plaatsvonden werden in de pilot echter geen actieplannen en sturingsinformatie opgesteld.

Randvoorwaarden voor de SAVE-methodiek

Uit de pilotstudie en wetenschappelijke literatuur kwam een aantal randvoorwaarden naar voren voor de implementatie van de SAVE-methodiek (zie Box 1). Het is van belang dat bijvoorbeeld in een projectplan beschreven staat wat de taken, verantwoordelijkheden, rechten en plichten van het projectteam zijn. Ten tweede is het commitment van de raad van bestuur voor het project van belang en moeten de benodigde middelen en menskracht beschikbaar worden gesteld. Ten derde is draagvlak binnen de instelling nodig bij artsen en verpleegkundigen. Dit draagvlak komt makkelijker tot stand als zorgverleners van begin af aan betrokken worden bij de ontwikkeling van het projectplan. De ervaring uit de pilot is dat wanneer voorgaande punten niet goed geregeld zijn, dit veel tijd kan kosten. Draagvlak wordt bevorderd als het projectteam is samengesteld uit verschillende groepen professionals, in ieder geval de artsen en verpleegkundigen die het dossieronderzoek gaan uitvoeren. Training in het uitvoeren van dossieronderzoek is essentieel om begrippen helder te kunnen toepassen. Door de verschillende stappen uit figuur 1 te doorlopen kan vanuit dossieronderzoek sturingsinformatie worden gecreëerd. Het is belangrijk om de SAVE-methodiek meerdere malen achter elkaar uit te voeren om voldoende inzicht te krijgen in onderliggende knelpunten. Een toegankelijke en uitgebreide handreiking van de SAVE-methodiek, inclusief oefenmateriaal en voorbeelden, vindt u op www.nivel.nl/SAVE.

De SAVE-methodiek in relatie tot andere methoden

Naast de SAVE-methodiek bestaan er ook andere methoden om sturingsinformatie te creëren. Zo moeten calamiteiten altijd worden gemeld bij de raad van bestuur. Daarnaast zijn er ook metingen van cliëntervaringen, incidentmeldingen en klachtenanalyses die worden teruggekoppeld aan bestuurders. Wat deze methoden

Box 1. Stappenplan op basis van pilot en literatuur om de juiste randvoorwaarden te creëren

1. Betrek de RvB bij de opzet van de SAVE-methodiek, want dit draagt bij aan de participatie van artsen in verbeterprojecten (Dückers e.a., 2009).
2. Stel voldoende tijd en middelen beschikbaar voor de beoordelaars.
3. Stel een multidisciplinair projectteam samen waarin ook de functies zitten die het project moeten gaan dragen. Hun samenwerking maakt het mogelijk om processen goed te doorgronden en factoren te identificeren (Weiner e.a., 2006) en draagt bij aan het creëren van draagvlak binnen de organisatie (Ilinca e.a., 2012).
4. Kies voor een passende studiepopulatie waarbij dossiers worden geselecteerd voor het dossieronderzoek.
5. Train artsen en verpleegkundigen in het beoordelen van dossiers.
6. Communiceer het belang en de resultaten van de methodiek voortdurend binnen de organisatie.

met elkaar gemeen hebben, is dat er informatie wordt geleverd over wat er mis is gegaan, maar dat de resultaten van analyses niet per definitie ook multidisciplinair worden besproken. De SAVE-methodiek gaat een stap verder door informatie op een gestructureerde manier te verzamelen met dossieronderzoek en in een multidisciplinair overleg een actieplan op te laten stellen door zorgprofessionals.

Aanbevelingen

Op voorhand was de SAVE-methodiek ontwikkeld om sturingsinformatie te creëren. De geleerde lessen uit de pilot zijn dat de randvoorwaarden moeten worden gecreëerd alvorens te beginnen. Zo bleek uit de pilotstudie dat het lastig was om de methodiek volledig te implementeren. Dit kwam onder andere doordat de instellingen weinig casussen van zorggerelateerde schade vonden. Dit had ondervangen kunnen worden door veel meer dossiers te beoordelen, maar daarvoor ontbrak dikwijls de tijd en middelen om het uit te voeren. Om de kans te vergroten om schade te vinden, kan ook de steekproef worden aangepast. In plaats van de laatste 20 dossiers te beoordelen, zou meteen op hoog-risicodossiers kunnen worden ingezoomd. Op deze manier zouden minder dossiers gescreeend hoeven worden op triggers om dossiers met zorggerelateerde schade te vinden. Een andere mogelijkheid is om een verhoogde Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) of Standardized Mortality Rate (SMR) als startpunt te nemen en zodoende meer de risicogeveallen te onderzoeken. Tot slot kan de SAVE-methodiek worden ingezet wanneer er uit andere bronnen aanwijzingen zijn dat de cliëntveiligheid in het geding is. Het draagvlak bij en de participatie van artsen en verpleegkundigen kan worden vergroot door ze te betrekken in de voorbereidingen van de implementatie en door de betrokkenheid van de raad van bestuur.

Literatuur

Blok, C. de, E. Koster, J. Schilp en C. Wagner. *Implementatie VMS Veiligheidsprogramma. Evaluatieonderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/EMGO+, 2013.

Botje, D., N.S. Klazinga en C. Wagner. To what degree is the governance of Dutch hospital oriented towards quality in care? Does this really affect performance? *Health Policy*, 2013, 113: 134-141.

Brennan, T.A., L.L. Leape, N.M. Laird, L. Helbert, A.G. Lawthers, e.a. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13(2): 145-151.

Bruijine, M.C. de, M. Zegers, L.H.F. Hoonhout en C. Wagner. *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*. Amsterdam: Instituut

voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, 2007.

Dückers, M.L., I. Stegeman, P. Spreeuwenberg, C. Wagner, K. Sanders en P.P. Groenewegen. Consensus on the leadership of hospital CEOs and its impact on the participation of physicians in improvement projects. *Health Policy*, 2009, 91(3): 306-313.

Hogan, H., F. Healey, G. Neale, R. Thomson, C. Vincent en N. Black. Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study. *BMJ Quality and Safety*, 2012, 21(9): 737-745.

Ilinca, S., S. Hamer, D. Botje, J. Espin, R. Veloso Mendes, J. Mueller, D. Vinot, J. van Wijngaarden en T. Plochg. All you need to know about innovation in healthcare: The best 10 reads. *International Journal of Healthcare Management*, 2012, 5(4): 193-202.

Langelaan, M., M.C. de Bruijine, R.J. Baines, M.A. Broekens, K. Hammink, J. Schilp, L. Verweij, H. Asscherman en C. Wagner. *Monitor zorggerelateerde schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht: NIVEL, 2013.

Langelaan M., R.J. Baines, M.A. Broekens, K.M. Siemerink, L. van der Steeg, H. Asscherman, M.C. de Bruijine, C. Wagner. *Monitor zorggerelateerde schade 2008: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht: NIVEL, 2010.

Peeters, M., M. Langelaan, I. Kok en C. Wagner. *Onbedoelde schade in de GGZ en verslavingszorg: Evaluatie retrospectief dossieronderzoek*. Utrecht: NIVEL, 2009.

Weiner, B.J., J.A. Alexander, S.M. Shortell, L.C. Baker, M. Becker en J.J. Geppert. Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators. *Health Services Research*, 2006, 41(2): 307-334.

World Health Organisation, Geneva, 2003.

Zegers, M., M.C. de Bruijine en C. Wagner. Zonder inzicht geen verbetering. *Kwaliteit in Zorg*, 2009a, 3: 14-19.

Zegers, M., M.C. de Bruijine, C. Wagner, L.H. Hoonhout, R. Waaijman, M. Smits e.a. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Quality and Safety in Health Care*, 2009b, 18(4): 297-302.

Informatie over de auteurs

Daan Botje MSc was werkzaam bij het NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, en werkt momenteel bij Berenschot als consultant Zorg en Welzijn.

Dr. Janneke Schilp is werkzaam als onderzoeker bij het NIVEL.

Dr. Carolien de Blok was werkzaam bij het NIVEL en werkt momenteel aan de Rijksuniversiteit Groningen als universitair docent bij het departement Operations aan de faculteit Economie en Bedrijfskunde.

Prof. dr. Cordula Wagner is programmaleider Kwaliteit en Organisatie in de Cure en Care aan het NIVEL, hoofd van het onderzoekscentrum Safety 4 Patients en hoogleraar Patiëntveiligheid aan het EMGO+ Instituut aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.