

Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="http://www.trimbos.nl/nieuws/maandblad-geestelijke-volksgezondheid/archief/2011/nr-1-2-januari-februari/zorggerelateerde-schade-in-de-klinische-ggz-en-verslavingszorg">http://www.trimbos.nl/nieuws/maandblad-geestelijke-volksgezondheid/archief/2011/nr-1-2-januari-februari/zorggerelateerde-schade-in-de-klinische-ggz-en-verslavingszorg</a>
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## Zorggerelateerde schade in de klinische ggz en verslavingszorg

MAAIKE LANGELAAN, MARGO PEETERS, INEKE KOK & CORDULA WAGNER

Patiënten die zijn opgenomen in een instelling voor ggz of verslavingszorg kunnen per ongeluk verkeerde medicijnen krijgen of beschadiging oplopen door dwangmaatregelen. Maar de patiënt kan ook zichzelf schade toebrengen door niet (voldoende) aan de behandeling mee te werken. Op basis van internationaal literatuuronderzoek is een lijst met risico's voor 'zorggerelateerde schade' in de klinische ggz samengesteld.

Wie in de gezondheidszorg in behandeling is, loopt het risico op 'zorggerelateerde' schade. In Nederland verschenen de rapporten De Staat

van de Gezondheidszorg 2004 (igz, 2004) en Hier werk je veilig of je werkt hier niet, uitgevoerd in het kader van het programma Sneller Beter (Willems, 2004). De belangrijkste conclusie van beide rapporten was dat de zorg veiliger moest worden. Inmiddels zijn daartoe diverse initiatieven genomen. Een daarvan is een dossieronderzoek naar 'zorggerelateerde schade in Nederlandse Ziekenhuizen', een initiatief van de Orde van Medisch Specialist (Bruijne e.a., 2007). Van zorggerelateerde schade is sprake als de patiënt door het (niet) handelen van een zorgverlener of het zorgsysteem onbedoelde fysieke of psychische schade oploopt die zodanig ernstig is dat er een tijdelijke of permanente beperking optreedt of de patiënt overlijdt (Wagner & Van der Wal, 2005). Het gaat om zaken die je moet melden, dus geen onbedoelde schade die tot de bijwerkingen gerekend kunnen worden.

Tot nu toe zijn de algemene psychiatrische ziekenhuizen, paaz'en en instellingen voor verslavingszorg nauwelijks betrokken in onderzoeken naar zorggerelateerde schade. Dit kan komen doordat de internationaal ontwikkelde 'triggerlijst' niet onvoorwaardelijk van toepassing is op de ggz.

Een trigger is een aanwijzing dat er sprake kan zijn van zorggerelateerde schade. Eind 2007 gaf ZonMw opdracht aan het Trimbos-instituut en het nivel om de bestaande ziekenhuistriggerlijst geschikt te maken voor de klinische ggz en de verslavingszorg (vz), en een dossieronderzoek uit te voeren naar zorggerelateerde schade in de sector. De opdracht past in het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit (lak) in de ggz en vz, waarin het thema patiëntveiligheid een van de onderwerpen is.

We beschrijven hieronder een overzicht van internationaal onderzoek naar specifieke zorggerelateerde schade in de klinische ggz en vz. Dit overzicht vormde de basis voor de triggerlijst voor de klinische ggz en vz, waarmee vanaf nu systematisch geïnventariseerd kan worden hoe vaak zorggerelateerde schade in Nederland voorkomt (zie de appendix op p. 29).

### DE INTERNATIONALE LITERATUUR

We zochten systematisch naar literatuur over zorggerelateerde schade ontstaan tijdens opname of binnen drie maanden na ontslag uit een instelling voor klinische ggz of vz. We gebruikten de databases Pubmed, Embase, Psycinfo en Cinahl, en als zoektermen klinische ggz, verslavingszorg, iatrogene aandoeningen, medische fouten, ongevallen en ziekenhuismortaliteit. Overige relevante literatuur vonden we in eerder verschenen rapporten (Wennink, 2006; Bruijne e.a., 2007; Stuurgroep Transparantie igz, 2007; Inspectie

voor de Gezondheidszorg, 2008; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2007) en in de studies die we in de databases vonden.

We namen een onderzoek op wanneer het minimaal één gebeurtenis beschreef van een klinische behandeling in de ggz of vz, in een paaz of een vergelijkbare voorziening, en we beperkten ons tot studies in het Nederlands, Engels of Duits. We vonden 1387 artikelen, waarvan er uiteindelijk 66 werden gebruikt. Een groot aantal artikelen werd uitgesloten omdat ze uitsluitend fouten rapporteerden waarbij geen schade was ontstaan. We vonden één nationale registratie van incidenten: in Engeland en Wales. In de gevonden literatuur konden we vijf schadecategorieën onderscheiden:

- schade in verband met behandeling (medicatie, elektroconvulsietherapie, onttrekking aan zorg en therapieontrouw);
- schade bij dwangmaatregelen (fixatie en separatie);
- schade als gevolg van somatische comorbiditeit;
- schade als gevolg van patiëntengedrag (suïcide of -pogingen, automutilatie, agressie);
- overige fysieke schade (vallen, ongevallen).

## **SCHADE IN VERBAND MET BEHANDELING**

### **Medicatie**

Hoewel er in de internationale literatuur frequent is gerapporteerd over medicatiefouten, zijn er slechts weinig studies gedaan naar de gevolgen van deze fouten (Grasso e.a., 2003b; Oyeboode, 2006). Hierdoor is er nauwelijks bekend hoeveel schade er ontstaat als gevolg van medicatiefouten (Maidment e.a., 2006). Grasso e.a. (2003a) vonden 2180 gebeurtenissen waarbij schade ontstond of had kunnen ontstaan als gevolg van medicatiefouten. De gevolgen werden echter niet onderzocht. Ito & Yamazumi (2003) onderzochten bijvoorbeeld door de zorgverlener gemelde incidenten in Japanse psychiatrische ziekenhuizen. Er werden 18 gebeurtenissen gemeld waarbij minimaal de controles bij de patiënt moesten worden geïntensiveerd.

McCue e.a. (2003) onderzochten dossiers op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis in de Verenigde Staten. Bij 1% van de ontslagen patiënten werd schade geconstateerd. In alle gevallen ging het om stoornissen in de houding of beweging als gevolg van antipsychotica, waarop de arts moest handelen. Rothschild e.a. (2007) telden in een academisch psychiatrisch centrum in de Verenigde Staten 191 gebeurtenissen waar schade bij een patiënt was ontstaan door medicamenteuze behandeling. Daarvan achten zij 13% vermijdbaar. Deze vermijdbare gebeurtenissen werden meestal veroorzaakt door fouten in het voorschrijven (52%), fouten in het overnemen van een recept (20%) en administratiefouten (20%).

Schade kan ook ontstaan door een verkeerde combinatie van verschillende soorten medicatie (polyfarmacie; Kingsbury e.a., 2001; Oyeboode, 2006; Stuurgroep Transparantie igz, 2007). Bijvoorbeeld als men psychofarmaca combineert met elkaar of met een algemeen (somatisch) geneesmiddel. Waddington e.a. (1998) onderzochten het effect van polyfarmacie met antipsychotica onder 88 langdurig opgenomen patiënten in een psychiatrische instelling in Ierland. Ze constateerden voor patiënten die meerdere antipsychotica kregen voorgeschreven een relatief risico op overlijden van 2,5 (95% bi 1,1–5,5).

### **Elektroconvulsietherapie (ect)**

ect wordt toegepast bij diverse ziektebeelden en de laatste jaren neemt het aantal patiënten dat ect ondergaat toe. Hoewel de behandeling veiliger is geworden dan een aantal decennia geleden, wordt er toch nog steeds (ernstige) schade gerapporteerd. Het vaakst worden cognitieve stoornissen beschreven (Sackeim e.a., 2007). De cognitieve stoornissen zijn dikwijls een tijdelijk bijverschijnsel, maar bij sommige patiënten zijn ze blijvend. Van der Wurff e.a. (2003a; 2003b) voerden een systematische literatuurreview uit naar de effectiviteit en veiligheid van ect bij depressieve ouderen. Zij vonden de volgende ongewenste bijwerkingen: delirium, verwardheid, (ernstige) vasculaire problemen en gebroken ruggenwervels. De bewijskracht van de gevonden studies was echter minimaal en gerandomiseerde studies ontbraken (Van der Wurff e.a., 2003a).

Nutall e.a. (2004) onderzochten de mortaliteit en morbiditeit van bijna 18.000 ect-behandelingen (bij ruim 2000 patiënten) in een ziekenhuis in de Verenigde Staten. Bij 21 patiënten ontstond een complicatie, zoals ademhalingsproblemen (24%), een te lang durend insult (33%) en hartproblemen (38%). Geen van de complicaties resulteerde in blijvend letsel. Een systematische review van Tharyan & Adams (2005) vond geen bewijs voor zorggerelateerde schade door ect bij volwassen schizofreniepatiënten.

### **Therapieontrouw en onttrekking aan zorg**

Therapieontrouw kan schade tot gevolg hebben, zoals aanhoudende klachten of langere opnameduur. Het is een bekend probleem bij psychiatrische patiënten en het is ook bekend dat er een verband is tussen therapieontrouw en zorggerelateerde schade (Roose, 2003). Lacro e.a. (2002) vonden in een review van onderzoek onder schizofreniepatiënten dat 40% van de patiënten de medicatie niet trouw inneemt. Wanneer een patiënt de kans krijgt om medicijnen op te sparen, bestaat het gevaar van suïcide door een overdosis (Cheeta e.a., 2004).

Enkele studies zien therapieontrouw ook als een gevolg van verstoorde communicatie tussen zorgverlener en patiënt, van gering ziektebesef en ziekte-inzicht van de patiënt, eerdere therapieontrouw, verslaving, inadequaat ontslag en onvoldoende nazorg (Boersma e.a., 2001; Lacro e.a., 2002). Adequater handelen in deze situaties zou therapieontrouw kunnen verminderen.

Ongeveer 12% van de patiënten onttrekt zich aan de zorg in een instelling, volgens Bowers e.a. (1998). Dit kan resulteren in automutilatie, suïcide, verwaarlozing, onderkoeling of oververhitting door verblijf in de buitenlucht, agressie jegens familie of anderen, en een langere duur van het totale behandeltraject (Bowers e.a., 1998).

### **Schade bij dwangmaatregelen**

Ondanks alle aandacht voor separatie en fixatie in de gezondheidszorg zijn er nauwelijks randomised clinical trials gedaan naar de ongewenste effecten van deze middelen en maatregelen (Sailas & Fenton, 2000). Niet-gerandomiseerde studies toonden echter dat er fysieke en psychologische schade ontstaat, zowel bij patiënten als personeel (Fisher, 1994).

Bij separatie worden diverse vormen van schade gemeld: overlijden (Nath & Marcus, 2006), verwondingen (Nath & Marcus, 2006), psychologische schade (Frueh e.a., 2000; 2005; Veltkamp e.a., 2008) en herbelevingen van eerdere traumatische ervaringen.

### **Fixatie en separatie in Nederland**

Het blijkt dat er in Nederland door fixatie nog veel ongelukken plaatsvinden die aan de inspectie gemeld moeten worden als 'calamiteiten' (igz, 2008). In twaalf maanden werden acht calamiteiten gemeld, waarvan er zeven direct of indirect overlijden tot gevolg hadden. De igz concludeerde dat de meeste calamiteiten door vermijdbare fouten kwamen, zoals onvoldoende besef van de risico's van het gebruik van onrustbanden, geen duidelijk programma van eisen bij de aanschaf van materiaal, verkeerde toepassing van materiaal, onvoldoende kennis van alternatieven, het ontbreken van een adequaat protocol en onvoldoende evaluatie van het gebruik van onrustbanden.

Volgens sommige onderzoekers moeten maatregelen zoals separatie en fixatie altijd als schadelijk worden aangemerkt; het zou namelijk een gevolg zijn van verpleegkundige tekortkomingen. Fixatie zou (bijna) niet nodig zijn wanneer verpleegkundigen goed zijn opgeleid en er voldoende personeel aanwezig is (Gerolamo, 2006). Volgens Veltkamp e.a. zijn dwangmaatregelen in ieder geval minder ingrijpend wanneer de patiënt wordt betrokken bij de keus van de maatregel (Veltkamp e.a., 2008).

### **Schade als gevolg van somatische comorbiditeit**

Somatische problematiek komt op drie manieren voor in de ggz en vz: als een somatische aandoening losstaand van de psychiatrische aandoening, als een somatisch symptoom van een psychiatrische stoornis, of als oorzaak van een psychiatrische aandoening. Onvoldoende kennis van of onvoldoende aandacht voor de somatische aandoeningen (zowel door de patiënt als de arts) kan schade berokkenen. Ongeveer 35% van de psychiatrische patiënten zou een (nog) onopgemerkte somatische aandoening hebben (Felker e.a., 1996).

Een somatische aandoening kan ook worden aangezien voor een symptoom van de psychiatrische stoornis, en daardoor niet adequaat worden behandeld.

Deze onderdiagnostiek kan de klachten verergeren of de patiënt kan er zelfs door overlijden. Daarnaast bestaan er psychische aandoeningen waarbij de patiënt lichamelijke klachten heeft waarvoor geen somatische oorzaak wordt gevonden. Bij deze somatoforme stoornissen kunnen echter onnodige (somatische) behandelingen plaatsvinden die in potentie schadelijk zijn voor de patiënt.

### **Suïcide(pogingen)**

In de internationale literatuur lezen we dat ongeveer 5% van de suïcides door patiënten plaatsvindt in een periode tot drie maanden na ontslag uit een instelling (Meehan e.a., 2006), en ongeveer 27% binnen een jaar na ontslag (Appleby e.a., 2001). Een suïcidepoging kan resulteren in hersenletsel, gedeeltelijke verlamming of (ernstige) snij- of brandwonden (Gournay & Bowers, 2000; Lanting e.a., 2008). Een suïcidepoging

tijdens of kort na een opname in een ggz- of vz-instelling kan worden beschouwd als een ernstige vorm van zorggerelateerde schade. Dlugacz e.a. (2003) concludeerden dat in een ziekenhuis in de Verenigde Staten de volgende factoren mogelijk een rol hadden gespeeld: de patiënt werd onvoldoende onderzocht, er was onvoldoende communicatie met de patiënt, en het ontbrak het personeel aan kennis.

Gournay en Bowers (2000) onderzochten welke factoren een rol speelden bij de suïcide(poging) van patiënten die opgenomen waren in een psychiatrische instelling. De auteurs noemden onvoldoende toezicht op de patiënt, verkeerde risico-inschattingen en bouwkundige factoren, zoals een eenvoudige toegang naar buiten of naar het dak.

Een onderzoek onder behandelteams van ruim 1800 patiënten die suïcide pleegden, concludeerde dat 31% van de suïcides tijdens opname en 21% van de suïcides na ontslag mogelijk vermijdbaar waren geweest (Meehan e.a., 2006). De teams meenden dat de suïcides voorkomen hadden kunnen worden door versterking van de therapietrouw, door meer supervisie over de patiënten en door uitbreiding en betere scholing van het personeel.

De cijfers over de potentiële vermijdbaarheid van gemelde suïcidegevallen in de Nederlandse ggz zijn wat gunstiger (igz, 2008). In 2007 ging het om 575 gemelde suïcides. Bij 196 meldingen was het niet mogelijk een oorzaak te registreren. Bij 176 suïcides was geen sprake van een fout als oorzaak en bij 131 suïcides waren er patiëntgerelateerde oorzaken. In 38 gevallen, ofwel 7% van de meldingen, was er sprake van een fout: in 25 gevallen een organisatorische, in 11 gevallen een menselijke en in 2 gevallen een andere aanwijsbare fout (igz, 2008).

### **Agressie**

Fysieke en verbale agressie komen zeer regelmatig voor in de ggz en vz: ongeveer 0,5 tot 1,5 incidenten per week per bezet bed (Walker & Seifert, 1994; Kirchner e.a., 1998; Abderhalden e.a., 2007). In de literatuur wordt agressie ook beschreven als vorm van zorggerelateerde schade, bijvoorbeeld omdat het personeel signalen van patiënten niet goed interpreteert (Kirchner e.a., 1998; Richter & Berger, 2001) of omdat er alcohol en drugs in het spel waren.

Bij meer dan de helft van de agressie-incidenten is personeel betrokken (Foster e.a., 2007). Fysieke agressie resulteert in ongeveer 10% van de incidenten in een lichamelijke verwonding waarvoor behandeling nodig is.

Verbale agressie komt het meest voor, maar wordt veel minder vaak gemeld.

Omdat er geen fysieke schade door ontstaat, worden de gevolgen van verbale agressie vaak onderschat.

Een bijzondere vorm van agressie is (seksueel) grensoverschrijdend gedrag. Van patiënten die ooit waren opgenomen in een psychiatrische kliniek in de Verenigde Staten blijkt ongeveer 8% te maken hebben gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag door een medepatiënt (Frueh e.a., 2005).

3% van de patiënten heeft te maken gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag door een hulpverlener. Hoewel het niet om een grote groep patiënten gaat, zijn de gevolgen vaak ernstig. Uit onderzoek van Tiet e.a. (2006) onder Amerikaanse patiënten in behandeling voor een verslaving, blijkt dat ongeveer 14% van de slachtoffers van seksueel overschrijdend gedrag een suïcidepoging doet.

### **Overige fysieke schade**

Engels onderzoek naar ongelukken in de psychiatrie toonde aan dat het in 62% van de gevallen ging om een valpartij. Van alle valpartijen op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis resulteerde ongeveer 35-40% in verwondingen waarvoor behandeling noodzakelijk is, zoals fracturen, ontwrichtingen, bloedingen en hersenletsel (Poster e.a., 1991; Murdock e.a., 1998; Fischer e.a., 2005). Daarnaast kan een val ook een directe of indirecte doodsoorzaak zijn. Ouderen hebben een verhoogde kans om te vallen (Fischer e.a., 2005). Patiënten die psychotrope medicijnen gebruiken, vallen vaker door het sederende of bloeddrukverlagende effect van de medicijnen (Murdock e.a., 1998; Fischer e.a., 2005).

Behalve door patiëntgerelateerde oorzaken kan ook schade ontstaan door het (nalaten van) handelen van de zorgverlener of het zorgsysteem.

Hieronder valt bijvoorbeeld ook het niet aanpassen van de omgeving, zoals gladde vloeren en obstakels verwijderen.

### **De noodzaak van dossieronderzoek**

Uit de literatuur blijkt wel dat zorggerelateerde schade geregeld voorkomt in de ggz en vz. Overlijden, (poging tot) suïcide, coma, intoxicatie, fracturen, agressie, verwaarlozing, weglopen en delirium zijn de



meest gerapporteerde soorten schade. Medicatiefouten, ongevallen, automutilatie, en organisatorische problemen zijn de meest genoemde oorzaken van zorggerelateerde schade.

De beschreven cijfers zijn zeer waarschijnlijk lager dan het werkelijke aantal schadegevallen. Een aantal van de studies is gebaseerd op zelfrapportage en de systemen van incidentmelding verschillen nogal eens. Ook wordt niet ieder incident gerapporteerd (Grasso e.a., 2003a). Dit kan komen door gebrek aan tijd om een formulier in te vullen, omdat het incident onderschat wordt, of omdat het (werk)klimaat te onveilig is om incidenten te durven melden.

Een aantal onderzoeken beperkte zich tot uitsluitend de ernstige vormen van zorggerelateerde schade, zoals suïcide en schade door agressie. Minder ernstige vormen van (psychische) schade, zoals door verbale agressie, zijn onderbelicht.

Daarnaast is de relatie tussen zorggerelateerde schade en het (niet) handelen door zorgverlener en/of zorgsysteem nog niet onderzocht. De meeste studies concentreren zich op één of enkele problemen en geven dus geen overzicht van het totale aantal incidenten en gevallen van zorggerelateerde schade. Suïcide of schade als gevolg van medicatiefouten zijn het vaakst beschreven.

Door methodologische verschillen tussen de onderzoeken en verschillen in de organisatie van de zorg tussen de verschillende landen is het vrijwel niet mogelijk om de gegevens te extrapoleren naar Nederland. In de Verenigde Staten komen bijvoorbeeld relatief veel agressie-incidenten met een wapen voor, met verhoogd risico op ernstige schade. We nemen aan dat het aantal wapenincidenten in Nederland lager ligt, maar voor het overige weten we het niet. Het ontbreken van Nederlandse cijfers maakt dat geen gevoel van urgentie bestaat om zorggerelateerde schade te verminderen (Schellekens & Blijham, 2003). En dit gevoel is juist nodig om succesvolle systematische verbeteringen aan te brengen.

Het hier gepresenteerde literatuuroverzicht kent een aantal beperkingen. Het is zeer wel mogelijk dat we een aantal studies hebben gemist, ondanks de elektronische zoekstrategie. Niet alle publicaties zijn opgenomen in de elektronische databases. Daarnaast kunnen de gevonden resultaten vertekend zijn door publicatiebias; het risico bestaat dat onderzoekers ongewenste uitkomsten niet publiceren.

Een retrospectieve dossierstudie kan inzicht geven in aard, ernst, omvang en mate van de vermijdbaarheid van zorggerelateerde schade. Onze literatuurstudie vormde de basis voor een triggerlijst voor de klinische ggz en vz (zie appendix), waarin uitlokkers van mogelijke zorggerelateerde schade worden benoemd. Wanneer een trigger in een dossier voorkomt, is dat een aanleiding om het dossier nader te laten beoordelen door een psychiater.

Peeters e.a. (2009) voerden een eerste pilotstudie uit naar de bruikbaarheid van deze triggerlijst bij een retrospectieve dossierstudie.

Hieruit bleek dat de triggerlijst voldeed aan de verwachtingen van de beoordelaars, maar nog moet worden aangepast. Met name voor de paaz'en is de triggerlijst onvoldoende selectief: er worden te veel dossiers mee aangemerkt die mogelijk een verhoogd risico op zorggerelateerde schade bevatten. Peeters e.a. bevelen wel aan om de onderzoeksmethode op grote of kleine schaal te gebruiken om meer zicht te verkrijgen op de patiëntveiligheid in de ggz en vz. Door het ontbreken van Nederlandse gegevens is het nu onduidelijk hoe Nederland er op dit moment voorstaat. Een retrospectief dossieronderzoek zal het startpunt kunnen zijn van meer inzicht in de aard en incidentie van zorggerelateerde schade in de Nederlandse ggz en vz.

## LITERATUUR

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., e.a. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 30.
- Appleby, L., Shaw, J., Sherratt, J., e.a. (2001). *Safety first: Five-year report of the National Confidential Inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*. London: uk Department of Health.
- Baker, G.R., Norton, P.G., Flintoft, V., e.a. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170, 11, 1678-1686.
- Boersma, P., Dekker, J.J.M., Gaag, M. van der, e.a. (2001). Aanleren van kennis en vaardigheden met betrekking tot 'omgaan met antipsychotische medicatie'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 6, 375-384.
- Bowers, L., Jarrett, M., & Clark, N. (1998). Absconding: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 5, 343-353.

- Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., e.a. (2007). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins Acute Ward Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 1, 75-84.
- Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., e.a. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 324, 6, 370-376.
- Bruijne, M.C., Zegers, M., Hoonhout, L.H.F., & Wagner, C. (2007). *Zorggerelateerde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*. Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek.
- Brunenberg, W. & Bijl, R. (1998). Suïcide en suïcidepreventie in het psychiatrisch ziekenhuis. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 53: 13-26.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2006). *Zelfdodingen naar diverse kenmerken*. Statline, 2008.
- Cheeta, S., Schifano, F., Oyefeso, A., e.a. (2004). Antidepressant-related deaths and antidepressant prescriptions in England and Wales, 1998- 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 41-47.
- Davis, P., Lay-Yee, R., Briant, R., e.a. (2003). Adverse events in New Zealand public hospitals II: preventability and clinical context. *New Zealand Medical Journal*, 116, 1183, U624.
- Demyttenaere, K. (1998). Noncompliance with antidepressants: who's to blame? *International Clinical Psychopharmacology*, 13, Suppl 2 ( S19-S25).
- Dlugacz, Y.D., Restifo, A., Scanlon, K.A., e.a. (2003). Safety strategies to prevent suicide in multiple health care environments. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 29, 6, 267- 278.
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 3, 274- 282.
- Felker, B., Yazel, J.J., & Short, D. (1996). Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatric Services*, 47, 12, 1356-1363.
- Fischer, I.D., Krauss, M.J., Dunagan, W.C., e.a. (2005). Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26, 10, 822- 827.
- Fisher, W.A. (1994). Restraint and seclusion: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 11, 1584-1591.
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 2, 140-149.
- Frengley, J.D., & Mion, L.C. (1986). Incidence of physical restraints on acute general medical wards. *Journal of the American Geriatric Society*, 34, 8, 565-568.
- Frueth, B.C., Dalton, M.E., Johnson, M.R., e.a. (2000). Trauma within the psychiatric setting: conceptual framework, research directions, and policy implications. *Administration and Policy in Mental Health*, 28, 2, 147-154.
- Frueth, B.C., Knapp, R.G., Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., e. a. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56, 9, 1123-1133.
- Gallop, R., McCay, E., Guha, M., & Khan, P. (1999). The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care Women International*, 20, 4, 401-416.
- Gerolamo, A.M. (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 4, 175-185.
- Gournay, K., & Bowers, L. (2000). Suicide and self-harm in in-patient psychiatric units: a study of nursing issues in 31 cases. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1, 124-131.
- Grasso, B.C., Genest, R., Jordan, C.W., & Bates, D.W. (2003a). Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 54, 5, 677-681.
- Grasso, B.C., Genest, R., Jordan, C.W., & Bates, D.W. (2003b). Medication Errors in Psychiatry. *Psychiatric Services*, 54, 8, 1164.
- Hawton, K., & Leopoldt, H. (1978). Accidents in a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*, 133, 224-227.
- Hem, E., Steen, O., & Opjordsmoen, S. (2001). Thrombosis associated with physical restraints. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 103, 1, 73-75.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *Staat van de Gezondheidszorg 2004*. Den Haag: IGZ. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008). *Jaarbericht 2007*. Den Haag: gsg Europe. Institute of Medicine (2000). *To err is human; building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press.
- Ito, H., & Yamazumi, S. (2003). Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. *International Journal of Quality Health Care*, 15, 3, 207-212.
- Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (1998). Preventing restraint deaths. Sentinel Event Alert. [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org).
- Kingsbury, S.J., Yi, D., & Simpson, G.M. (2001).

- Psychopharmacology: rational and irrational polypharmacy. *Psychiatric Services*, 52, 8, 1033- 1036.
- Kirchner, J.E., Owen, R.R., Nordquist, C., & Fischer, E.P. (1998). Diagnosis and management of substance use disorders among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49, 1, 82-85.
- Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., e.a. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 10, 892-909.
- Lanting, L.C., Stam, C., den Hertog, P.C., & Brugmans, M.J.P. (2008). Zelftoegebracht letsel. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)
- Maidment, I.D., Lelliott, P., & Paton, C. (2006). Medication errors in mental healthcare: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 6, 409-413.
- McCue, R.E., Waheed, R., & Urcuyo, L. (2003). Polypharmacy in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 9, 984-989.
- Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I.M., e.a. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 188, 129-134.
- Miller, B.J., Paschall III, C.B., & Svendsen, D.P. (2006). Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57, 10, 1482-1487.
- Mohr, W.K., Mahon, M.M., & Noone, M.J. (1998). A restraint on restraints: the need to reconsider the use of restrictive interventions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, 2, 95-106.
- Mohr, W.K., Petti, T.A., & Mohr, B.D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 5, 330-337.
- Murdock, C., Goldney, R., Fisher, L., e.a. (1998). A reduction in repeat falls in a private psychiatric hospital. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 7, 3, 111-115.
- Nath, S.B., & Marcus, S.C. (2006). Medical errors in psychiatry. *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 4, 204-211.
- National Patient Safety Agency (2008). Patient safety incident reports in the nhs: National Reporting and Learning System Data Summary (Rep. No. 7: 1 October to 31 December 2007). *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* (2007).
- Complicatieregistratie voor psychiaters: presentatie van instrumenten en verslag van een haalbaarheidsstudie. Utrecht: NVvP.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J., e.a. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 3, 283-296.
- Nuttall, G.A., Bowersox, M.R., Douglass, S.B., e.a. (2004). Morbidity and mortality in the use of electroconvulsive therapy. *Journal of ect*, 20, 4, 237-241.
- Oyebode, F. (2006). Clinical errors and medical negligence. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 3, 221-227.
- Peeters, M., Langelaan, M., Kok, I. & Wagner, C. (2009). Patiëntveiligheid in de Geestelijke Gezondheidszorg en verslavingszorg: een eerste verkenning naar zorggerelateerde onbedoelde schade. Utrecht: Stichting Nivel en Trimbosinstituut. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl) .
- Poster, E.C., Pelletier, L.R., & Kay, K. (1991). A retrospective cohort study of falls in a psychiatric inpatient setting. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 7, 714-720.
- Richter, D., & Berger, K. (2001). Patient assaults of staff; a prospective study of the incidence, circumstances and sequelae. *Nervenarzt*, 72, 9, 693-699.
- Roose, S.P. (2003). Compliance: the impact of adverse events and tolerability on the physician's treatment decisions. *European Neuropsychopharmacology*, 13, Suppl 3 (S85-S92).
- Rothschild, J.M., Mann, K., Keohane, C.A., e.a. (2007). Medication safety in a psychiatric hospital. *General Hospital Psychiatry*, 29, 2, 156-162.
- Sackeim, H.A., Prudic, J., Fuller, R., e.a. (2007). The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacology*, 32, 1, 244-254.
- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001163.
- Schellekens, W., & Blijham, G. (2003). Deltaplan voor een verborgen probleem: de veiligheid van de patiënten staat ter discussie. *Medisch Contact*, 58, 10, 387-390.
- Stuurgroep Transparantie igz (2007). Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Prestatieindicatoren. Basisset 2007-2008. Utrecht: igz.
- Tharyan, P., & Adams, C.E. (2005). Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000076.
- Tiet, Q.Q., Finney, J.W., & Moos, R.H. (2006). Recent sexual abuse, physical abuse, and suicide attempts among male veterans seeking psychiatric treatment. *Psychiatric Services*, 57, 1, 107-113.

- Tinetti, M.E., Liu, W.L., & Ginter, S.F. (1992). Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Annals of Internal Medicine*, 116, 5, 369-374.
- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J.J., e.a. (2008). Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 59, 2, 209-211.
- Waddington, J.L., Youssef, H.A., & Kinsella, A. (1998). Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 325-329.
- Wagner, C., & Wal, G. van der (2005). Voor een goed begrip. *Medisch Contact*, 47, 1888-1891.
- Walker, Z., & Seifert, R. (1994). Violent incidents in a psychiatric intensive care unit. *British Journal of Psychiatry*, 164, 6, 826-828.
- Wennink, H. (2006). Voorstudie 'Beter in ggz en verslavingszorg'. Utrecht/Bilthoven: ZonMW.
- Willems, R. (2004). Hier werk je veilig of je werkt hier niet. Den Haag: Shell Nederland.
- Wilson, R.M., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., e.a. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 163, 9, 458-471.
- Wurff, F.B. van der, Stek, M.L., Hoogendijk, W.J., & Beekman, A.T. (2003a). The efficacy and safety of ect in depressed older adults: a literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 10, 894-904.
- Wurff, F.B. van der, Stek, M.L., Hoogendijk, W.L., & Beekman, A.T. (2003b). Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003593.

## APPENDIXES

### APPENDIX 1 TRIGGERLIJST KLINISCHE GGZ EN VERSLAVINGSZORG

- 1 Blijvende of tijdelijke fysieke schade opgelopen door de patiënt tijdens indexopname.
- 2 Schade opgelopen door de patiënt als gevolg van agressie en/of ander grensoverschrijdend gedrag van en naar zichzelf, medepatiënten, personeel of anderen.
- 3 Toepassing van dwangmiddelen of -maatregelen tijdens indexopname.
- 4 Verkeerd voorschrijven of toedienen van medicatie door een medewerker.
- 5 Verkeerd gebruik van medicatie door de patiënt.
- 6 Onbedoelde reactie op een geneesmiddel.
- 7 Aanvankelijk niet geconstateerde somatische aandoening tijdens de indexopname of onverwachte verergering van klachten als gevolg van een reeds bekende somatische aandoening.
- 8 Complicaties van het zenuwstelsel en (andere) fysieke complicaties.
- 9 Complicaties in de arts-patiëntrelatie.
- 10 Aanvankelijk onvoorziene en ongeplande overplaatsing binnen de instelling naar een afdeling of ruimte met intensievere zorg of controle.
- 11 Aanvankelijk onvoorziene en ongeplande overplaatsing naar een algemeen ziekenhuis of andere instelling in de ggz/vz na onverwachte verslechtering van de patiënt.
- 12 Niet passend ontslag.
- 13 Suïcide of suïcidepoging.
- 14 (Onverwacht) overlijden.
- 15 Iedere uiting van ontevredenheid over de zorg, al dan niet uitmondend in een juridische claim of klachtprocedure, hetzij overwogen, hetzij feitelijk.
- 16 Alle andere ongewenste gevolgen die hierboven niet worden genoemd.