



beeld: Flip Franssen, HH

UMC Maastricht pakt risico's van behandeling aan

Voorkom medische schade

Peter Soeters,
chirurg (n.p.),

Peter Pop,
internist (n.p.),

Fred Vreeling,
neuroloog (n.p.)

Wim van Dijk¹,
sociaal geneeskundige

Omdat er steeds meer (vaak oudere) patiënten in slechte conditie worden behandeld en omdat behandelingen ingewikkelder worden, neemt de kans op onbedoelde schade toe. In het academisch ziekenhuis in Maastricht keek men hoe deze tendens is te keren.

Correspondentieadres:
pb.soeters@ah.unimaas.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Van alle patiënten die in 2004 zijn opgenomen in ziekenhuizen, is volgens een schatting van het EMGO Instituut en het Nivel 3 procent (42.329 patiënten) overleden. 1735 van hen zouden zijn overleden doordat niet is gehandeld volgens de standaard of door gebreken in het zorgsysteem. In het academisch ziekenhuis Maastricht onderzoekt een commissie de kwaliteit van de zorg die is geleverd aan patiënten die zijn

overleden. Hoofddoel van dit onderzoek is een systeem te ontwikkelen om de veiligheid van patiënten te verbeteren.

Triggers

De 'Commissie Onderzoek Overleden Patiënten' (COOP) voert het onderzoek uit. Eerst screent een verpleegkundige het dossier op aanwijzingen voor onbedoelde schade (*triggers*). Als deze er zijn, dan geeft de verpleegkundige

aan welke specialist uit de commissie (chirurg, internist, neuroloog of kinderarts) het dossier moet beoordelen. Deze specialist bekijkt vervolgens alle medische en verpleegkundige gegevens en meldt of er sprake is van een vermijdbaar *adverse event*.

De COOP bespreekt alle dossiers. Als er sprake is van een *adverse event* worden de medische afdelingshoofden van de betrokken specialisten geïnformeerd. Het antwoord van de afdeling wordt in de commissie besproken en de primaire beoordelaar formuleert een reactie. De commissie bepaalt daarna of er van een *adverse event* sprake was, welke oorzaken dat had, of het vermijdbaar was en of het aan het overlijden heeft bijgedragen. De commissie laat dit aan de behandelaars weten en doet aanbevelingen.

Complexe problematiek

In 2008 vonden in het academisch ziekenhuis Maastricht 46.648 opnames plaats. Van de opgenomen patiënten overleden er 744 in het ziekenhuis; 401 statussen werden vanwege één

of meer *triggers* aan de medici voorgelegd; 111 rapportages werden nader onderzocht. De commissie vond dat er bij 22 patiënten sprake was van een 'waarschijnlijk' te voorkomen *adverse event* dat tot het overlijden had geleid. Bij 24 patiënten leverde een vermijdbaar *adverse event* een 'mogelijke' bijdrage aan het overlijden. Het ging vooral om infecties, cardiovasculaire en respiratoire gebeurtenissen.

De tekortkomingen traden op bij multidisciplinaire samenwerking, bij de inschatting van risicofactoren bij complexe pathologie en bij het beoordelen van vitale functiestoornissen en infecties na grote ingrepen. Bij de helft van de *adverse events* is sprake van een combinatie van factoren.

Soms worden signalen die wijzen op dreigende verstoring van vitale functies niet of te laat onderkend. Soms gaat de behandeling de draagkracht van de patiënt te boven. Soms zijn artsen niet adequaat toegerust om de complexe problematiek van patiënten met comorbiditeit, die ingrijpende behandelingen ondergaan (zoals chemotherapie of grote operaties) adequaat te overzien en te behandelen.

Het herkennen van gemitigeerde vormen van sepsis bij oude of om andere redenen sarcopenie patiënten of bij patiënten die door hun ziekte ernstig ondervoed zijn geraakt, vergt ervaring en kennis. Een vergelijkbaar probleem doet zich voor bij patiënten die voor een klein probleem op een gesubspecialiseerde (orgaan-) afdeling worden opgenomen, maar die ernstige comorbiditeit vertonen. Ook kleine ingrepen, die door orgaanspecialisten of hun assistenten worden verricht, kunnen het wankel evenwicht van vitale functies verstoren. Dit is door de geringe ervaring met deze problematiek op deze afdelingen moeilijk te behandelen.

In de status is soms niet alle relevante informatie voorhanden. Ook in de rapportage aan de huisarts ontbreekt soms informatie over het verloop van de ziekte en de oorzaken van het overlijden. Door de soms veelvuldige wisseling van artsen aan het bed gaan soms belangrijke gegevens verloren.

Soms is de behandeling inadequaat of dragen organisatorische elementen bij tot *adverse events*. Zo is er een groot verschil in niveau van behandeling tussen intensive care en gewone afdeling en tussen verpleegkamer en gewone verpleegafdeling. Daardoor krijgen patiënten na overplaatsing naar de verpleegafdeling, soms onvoldoende zorg.

Op basis van de ervaringen in 2008 en de eerste helft van 2009 heeft COOP aanbevelingen gedaan om het aantal *adverse events* te vermin-

In 2004 zijn naar schatting 1735 in een ziekenhuis opgenomen patiënten onnodig overleden.



SAMENVATTING

- In het academisch ziekenhuis Maastricht worden dossiers van alle overleden patiënten onderzocht.
- Na terugkoppeling met behandelaars wordt vastgesteld of er vermijdbare *adverse events* zijn opgetreden die tot het overlijden hebben bijgedragen.
- 3 procent van de sterfgevallen is waarschijnlijk het gevolg van vermijdbare *adverse events*.
- Er zijn aanbevelingen gedaan op het gebied van communicatie/continuïteit, kennis van vitale functiestoornissen, afweging draagkracht/draaglast en indicatiestelling voor behandeling, en de 'medicum care'-capaciteit.
- Dit heeft geleid tot een aantal verbeteracties.

De huidige specialist besteedt vaak minder tijd aan het vak dan decennia geleden

deren. Zo hebben de vakgroepen protocollen en onderwijs-elementen aangepast, de continuïteit van zorg en communicatie versterkt, bewakingsmogelijkheden uitgebreid, een ziekenhuisbrede necrologiebespreking ingesteld, en registraties en besprekingen van complicaties en overlijden op vakgroepniveau geïntensiveerd. Tevens is de intentie uitgesproken het aantal obducties te verhogen en is de afdelingsorganisatie verbeterd. De commissie heeft ook geadviseerd de capaciteit van een 'step down'-afdeling/'medium care'-afdeling te verhogen.

Niet beschuldigen

Door de steeds oudere bevolking en de meer complexe vormen van behandeling bij patiënten in slechte conditie is de kans op *adverse events* toegenomen. Om *adverse event* te voorkomen, zijn continuïteit in de zorg, communicatie en kennis van vitale orgaanfunctiestoornissen essentieel. De commissie streeft ernaar hierover op een niet beschuldigende wijze te communiceren met de behandelaars. Naast medisch-inhoudelijke aspecten spelen organisatorische en infrastructurele tekortkomingen een rol bij het ontstaan van *adverse events*. Dit betreft bijvoorbeeld het zorgniveau op de verschillende afdelingen, registratie van medicatie en signalering van potentieel ongewenste interacties.

De gebruikte systematiek om *adverse events* op te sporen, is niet volledig vergelijkbaar met het Nivel/EMGO-onderzoek. In dat onderzoek zijn geen *adverse events* geïdentificeerd op basis van beoordeling van draaglast versus draagkracht en van institutionele tekortkomingen zoals een te geringe capaciteit van een 'medium care'- of een 'step down'-afdeling. Ook wordt niet teruggekoppeld met de afdelingen. Toch wijken de


resultaten niet sterk af van de Nivel/EMGO-resultaten.

Bezorgd

De commissie heeft veel tijd nodig en moet over veel deskundigheid beschikken om tot betrouwbare uitkomsten te komen. In de afgelopen drie jaar is de ervaring aangescherpt en geleidelijk zijn de vaststellingen beter onderbouwd.

De commissie is bezorgd over het gebrek aan continuïteit en over de fragmentatie bij het medisch handelen. Ook veranderingen in de opleiding en de praktijk van de zorg kunnen daarbij een rol spelen. De huidige specialist besteedt meestal minder tijd aan het vak dan decennia geleden. Dit geldt nog sterker voor specialisten in opleiding, die door hun gefragmenteerde werktijden het volledige behandeltraject van hun patiënt vaak niet meer kunnen volgen. Hierdoor bouwen ze minder ervaring op. Het is niet alleen moeilijker een holistische kijk op ziek zijn te ontwikkelen, de gefragmenteerde werktijden vergen ook veel communicatie en verslaglegging. Dit gaat ten koste van de tijd aan het bed.

Het opschuiven van de leeftijdsgrenzen voor het verrichten van ingrijpende behandelingen maakt dat artsen vaker worden geconfronteerd met vitale orgaanfunctiestoornissen waarmee zij niet altijd goed raad weten. Dit hangt deels samen met de vergaande subspecialisatie, de kortere tijd in het ziekenhuis en de toenemende neiging te focussen op nieuwe technologische behandel- en bewakingstechnieken. Elke specialist die behandelingen verricht die kunnen leiden tot levensbedreigende vitale stoornissen, moet deze stoornissen in een vroeg stadium kunnen vaststellen, zelf kunnen behandelen of gericht hulp kunnen inroepen. Ondanks het gebrek aan tijd moeten alle middelen worden benut om te kunnen reflecteren op diagnose, behandeling en uitkomst. Het volgen van de eigen patiënt, complicatiebesprekingen, obducties, analyse van resultaten en bijscholing zijn daartoe geëigende middelen.

Pas over een aantal jaren kan het precieze effect van de activiteiten van COOP op het aantal *adverse events* worden vastgesteld. De commissie vindt echter dat zij nu al een gunstige invloed heeft op de kwaliteit van zorg en op de inrichting van een aantal zorgprocessen. Daarom zouden ook in andere Nederlandse ziekenhuizen gestructureerde dossieranalyses moeten worden geïntroduceerd. Dat kan als aanvulling op het VMS, maar wellicht ook in plaats van de ongebreidelde toename van nieuwe prestatie-indicatoren. 



De literatuurlijst en tabellen over *adverse events* en verbeteracties vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoot

1. De auteurs zijn erkentelijk voor de cruciale bijdragen van de overige commissieleden: Harry Hillen, internist (n.p.); Mark van der Hoeven, kinderarts; Paul Roekaerts, intensivist; Chris de Zwaan, cardioloog

Literatuur

- De Bruijne M, Zegers M, Hoonhout L, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Utrecht/Amsterdam: Nivel/EMGO, 2007.
- Ouden A den, Wal G van der. Het gestandaardiseerde ziekenhuissterftecijfer (HSMR) bruikbaar voor het volgen van ziekenhuissterfte. Ned Tijdschr Geneesk. 2008; 152: 1191-2.
- Pieter D, Kool R, Westert G. Beperkte invloed gegevensregistratie op gestandaardiseerd ziekenhuissterftecijfer (HSMR). Nevendiagnosen, urgentie van opname en niet-gespecificeerde diagnosen. Ned Tijdschr Geneesk. 2010; 154: 1675-9.

1. Factoren die kunnen bijdragen aan adverse events

1. Diagnostiek en voorafgaand aan behandeling

- a. Kennis, vaardigheden en gedragsregels
- b. Verkeerde/gemiste diagnose, onder- en overdiagnostiek en evaluatie.
- c. Onjuiste indicatiestelling (gunstig effect van behandeling weegt niet op tegen de omvang van de behandeling; geen gunstig effect van behandeling te verwachten; minder invasieve/ingrijpende behandeling oogst minstens evenveel effect)
- d. Draaglast-/draagkrachtinschatting onjuist
- e. Anders...

2. Behandeling

- a. Kennis, vaardigheden en gedragsregels
- b. Chirurgisch technisch
- c. Medicamenteus technisch
- d. Medicamenteus (foutieve dosering, bijwerking, enz.)
- e. Verpleegkundig
- f. Anders...

3. Vervolgtraject

- a. Inschatting ziekte-ernst/symptomen, complicaties (ontbrekend 'niet-pluis'-gevoel en daardoor geen of te late actie/onvoldoende diagnostiek)
- b. Vervolgen van de patiënt (onzorgvuldig)
- c. Vervolgen van de patiënt (ondeskundig)
- d. Anders...

4. Communicatie, samenwerking en verslaglegging

- a. Communicatie bij transfer van de ene naar de andere locatie
- b. Communicatie bij overdracht tussen artsen/verpleging/paramedici
- c. Samenwerking zorgverleners
- d. Verslaglegging onvoldoende
- e. Anders...

5. Organisatorische/technische gebreken

- a. Protocollen/procedures/organisatie
- b. Beschikbaar zorgniveau/apparatuur/materialen
- c. Anders...

6. Ziektegerelateerde factoren

- a. Compliantie patiënt
- b. Ziekte-ernst patiënt
- c. Comorbiditeit
- d. Anders...

7. Anders...

2. Voornaamste oorzaken van adverse events

| | |
|---|----|
| Diagnostiek | 15 |
| Inschatting draaglast/draagkracht | 12 |
| Kennis, vaardigheden, gedragsregels | 11 |
| Verslaglegging | 11 |
| Indicatiestelling voor behandeling | 10 |
| Vervolgen van de patiënt | 10 |
| Inschatting ziekte-ernst, symptomen, complicaties | 10 |
| Communicatie tussen artsen en verpleegkundigen | 9 |

De frequentie van de voornaamste aspecten van behandeling, die in 2008 aan 'adverse events' hebben bijgedragen. Bij ongeveer de helft van deze patiënten hebben problemen rond twee of meer factoren aan het 'adverse event' bijgedragen.

3. Door afdelingen aangegeven verbeteracties

| |
|--|
| Betere en snellere verslaglegging |
| Uitbreiding bewakingsmogelijkheden |
| Verbetering van de communicatie tussen artsen onderling en tussen artsen en verpleegkundigen |
| Onderwijs aan staf en assistenten, en protocollen |
| Zelf beoordelen van beeldvormende diagnostiek |
| Complicatiebespreking |
| Grotere rol van apotheker bij medicatiebewaking |
| Vaker obducties |
| Verbetering in de organisatie van de afdeling |
| Herinneringsfunctie ten aanzien van de ontslagbrief in ZIS |
| Instructie aan afdeling voor palliatieve sedatie |