

CONCREET VERBETEREN

Veilig werken zonder schade weer een stap dichterbij

Het aantal gevallen van onbedoelde, potentieel vermijdbare schade kan veel lager. Om dat te bereiken, zijn er ziekenhuisbreed en afdelingsspecifiek maatregelen nodig. Onderzoek wijst uit wat artsen en verpleegkundigen daarvoor zouden moeten doen. Een deel van de adviezen is direct toepasbaar.

CORDULA WAGNER
MARIEKE ZEGERS
MARTINE DE BRUIJNE

In 2005 en 2006 voerden het EMGO Instituut en het Nivel in het kader van het Landelijk Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid een dossierstudie uit naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen.¹ Bijna 8000 medische en verpleegkundige dossiers uit 2004 en van 21 ziekenhuizen werden uitvoerig en systematisch geanalyseerd door 66 verpleegkundigen en 55 medisch specialisten. Een van de belangrijkste conclusies was dat circa 60 procent van de onbedoelde schade niet en 40 procent in mindere of meerdere mate wél door doelgerichte verbeteracties is te vermijden.

Uit een nadere analyse van de onderzoeksgegevens is gebleken dat meer dan de helft (51%) van de potentieel vermijdbare

schade wordt veroorzaakt door een inadequate ingreep. Verder bleek vermijdbare schade samen te hangen met een inadequate of te late behandeling (16%), een verkeerde of te laat gestelde diagnose (14%), inadequate zorg/profylaxe (11%), medicatiegerelateerde problemen (6%) en onterecht ontslag (2%).

In het rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' zijn vervolgens generieke adviezen beschreven voor structurele verbeteringen van de patiëntveiligheid, zoals standaardisatie van de dossiervoering, versterking van het professioneel handelen en het inzichtelijker maken van het functioneren van afdelingen. Bij de dossiervoering gaat het vooral om de volledigheid en de nauwkeurigheid van de documentatie.

Voor het professioneel handelen is het systematisch bijhouden van specifieke complicaties (bij welke patiënten en behandeling) van belang.

Daarnaast kan het functioneren van afdelingen inzichtelijk worden gemaakt door onbedoelde uitkomsten continu te monitoren. Deze drie generieke verbeteringen vormen de randvoorwaarden voor specifieke verbeteractiviteiten en zijn daarmee essentieel voor het aanpakken van de hieronder genoemde concrete knelpunten.

OPNIEUW BESTUDEERD

Om tot specifieke aanbevelingen te komen, hebben twee internisten en drie chirurgen uit het dossieranalyseteam (zie kader op blz. 1354) tussen mei en juli



BEELD: PAUL GILLIGAN

dit jaar samen met de onderzoekers de lijst met geregistreerde, potentieel vermijdbare gebeurtenissen en de daaruit voortgekomen onbedoelde schade opnieuw geanalyseerd. De geïnventariseerde voorvallen zijn daarbij ingedeeld in drie categorieën: naar specialisme en de mate van vermijdbaarheid (gerelateerd aan de incidentie), naar het klinische deelproces (diagnostiek, ingreep, behandeling, medicatie en zorg) en naar de uitkomst voor de patiënt en het mechanisme gerelateerd aan de mate van vermijdbaarheid. Voorbeelden van dergelijke uitkomsten en mechanismen (pathofysiologie) zijn een verhoogd bloedingsrisico ten gevolge van 'doorgeschoten' antistolling en het ontstaan van een pneumothorax door het onbedoeld aanprikken van de long tijdens het inbrengen van een centrale veneuze lijn of pacemaker.

Per categorie is nagegaan welke klinische thema's het meest voorkwamen. Hieronder worden de meest in het oog springende knelpunten genoemd. Een deel daarvan is specifiek voor bepaalde afdelingen, andere moeten ziekenhuisbreed worden aangepakt. De voorgestelde verbeteracties zijn vaak al bekend uit de literatuur en in principe direct toepasbaar.

1. Signaleren van postoperatieve complicaties en wondinfecties

Bij de snijdende vakken treedt een groot deel van de onbedoelde schade op tijdens of als gevolg van de ingreep. Hierbij gaat het onder meer om (na)bloedingen, perforaties en wondinfecties.

Verbeteracties: preventie en tijdige opsporing van postoperatieve complicaties. Zo is bijvoorbeeld een naadlekage niet altijd te voorkomen, maar kan het optreden ervan volgens de medisch specialisten uit het dossieranalyseteam wel eerder worden onderkend dan tot nu toe vaak het geval is. Ook is er meer aandacht nodig voor infectiepreventie. Bij schone operaties zijn wondinfecties namelijk in principe te voorkomen.

2. Veiligheid van centraal veneuze lijnen en pacemakers

Bekende complicaties als pneumothorax, bloeding en infectie komen (te) vaak voor (onervarenheid, doordrukken tegen weerstand). Opvallend in het onderzoek was dat deze complicaties ook regelmatig werden gezien bij pacemakerimplantaties.

Verbeteracties: deze complicaties zijn deels te voorkomen als ervaren specialisten de juiste procedure toepassen.

3. Antistolling verbeteren

De juiste mate van antistolling is niet altijd gemakkelijk te realiseren en moet goed worden bewaakt door regelmatige bepaling van de INR. Voorbeelden van onbedoelde schade zijn bloedingen tijdens 'doorgeschoten' antistolling, dan wel trombusvorming bij een te lage INR. Vaak bleek dit niet tijdig te zijn onderkend met vergaande consequenties voor de gezondheid van patiënten.

Verbeteracties: toepassing van de CBO-richtlijn Antitrombotische profylaxe en de richtlijn van de ACCP (American College of Chest Physicians).

4. Verbeteren zorg bij hartfalen en myocardinfarct

De meeste patiënten die tijdens een ziekenhuisopname hartfalen ontwikkelen, zijn hier al mee bekend. Op chirurgische afdelingen bleek het preoperatief soms, maar vooral postoperatief, te ont-

zijn van de Werkgroep Infectie Preventie.

6. Voorkomen aspiratie van sondevoeding

Uit de onderzochte verpleegkundige dossiers blijkt dat er vaak al problemen met de sondevoeding zijn voordat sprake is van aspiratie, maar dat hieraan vaak geen consequenties worden verbonden. Ook komt aspiratie van sondevoeding soms voor doordat de ligging van de maag- of duodenumsonde onvoldoende wordt gecontroleerd.

Verbeteracties: striktere toepassing van protocollen voor sondevoeding, bij problemen eerder overleg tussen verpleging en artsen en ook op alle afdelingen protocollen en consultatie voor slikstoornissen beschikbaar stellen.

7. Preventie nierinsufficiëntie door contrastmiddelen of medicatie

In driekwart van de gevallen van contrastnephropathie blijkt de indicatie voor het onderzoek en/of de toediening van een contrastmiddel onjuist. Voor-

Diuretica werd onterecht gestaakt

breken aan de consultatie van een cardioloog of internist. Op niet-chirurgische afdelingen was sprake van te snelle infusie, het onterecht staken van diuretica of gemiste diagnoses.

Verbeteracties: op alle afdelingen protocollen voor intraveneuze vochttoediening bij bekend hartfalen en deze in de zorg voor patiënten met hartfalen en/of een myocardinfarct beter toepassen.

5. Blaaskathetergerelateerde onbedoelde schade

Vermijdbare en onbedoelde schade hangt vooral samen met het niet tijdig verwijderen van de blaaskatheter of een op onjuiste indicatie ingebrachte blaaskatheter.

Verbeteracties: duidelijker indicaties voor de toepassing van blaaskatheters, scholing van artsen (vooral op niet-chirurgische afdelingen) en voor zover nodig van verpleegkundigen. Op de afdeling dienen protocollen aanwezig te

beeld hiervan is het toepassen van intra-veneuze pyelografie (IVP) bij een patiënt die bekend is met de ziekte van Kahler. Het onderzoek laat ook zien dat in enkele gevallen van contrastnephropathie sprake was van preëxistent nierlijden en er ondanks het hoge risico geen adequate profylaxe (hydratie, eventueel medicatie of direct na het contrastonderzoek dialyse) was toegepast.

Bij nierinsufficiëntie door medicatie blijkt in 28 procent van de gevallen een ACE-remmer te zijn toegevoegd aan de diuretica zonder tijdige controle van de nierfunctie.

Verbeteracties: bij het voorschrijven van ACE-remmers en diuretica altijd de nierfunctie controleren en bij een teruglopende nierfunctie de ACE-remmer tijdelijk staken (bij voorkeur met een kattebelletje van de apotheek voor de voorschrijvende arts als deze combinatie nieuw wordt voorgeschreven). Voorafgaand aan de toediening van contrastmiddelen bij een CT of IVP, >>

<< moet altijd eerst overleg plaatsvinden tussen radioloog en behandelend arts over de indicatie, de nierfunctie en de comorbiditeit. Zo nodig wordt de nefroloog geconsulteerd.

8. Voorkomen gastro-intestinale bloedingen bij gebruik aspirine en NSAID's

In ziekenhuizen komen gastro-intestinale bloedingen vooral voor op de afdeling Cardiologie ten gevolge van het gebruik van aspirine plus clopidogrel (Plavix, Iscover) of aspirine gecombineerd met een NSAID.²

Verbeteractie: voorschrijven van maagprotectie volgens bestaande protocollen bij gebruik van deze medicatie.

Van de potentieel vermijdbare chirurgische schade hangt 49 procent samen met inadequate ingrepen of te late behandeling. Het is belangrijk dat op afdelingen een cultuur bestaat waarin minder ervaren artsen of arts-assistenten vragen durven en kunnen stellen aan hun opleiders. Ook moet het, indien nodig, mogelijk zijn om andere specialismen in te schakelen en patiënten bij gebrek aan speciale middelen, therapeutische faciliteiten of ervaren personeel door te verwijzen naar een ander ziekenhuis. Het concentreren van ingrepen die een specifieke deskundigheid vereisen, ook tijdens diensten, kan helpen om onbedoelde schade te voorkomen.

ACTIEPLAN

In diverse landen zijn al eerder dossierstudies naar onbedoelde en potentieel vermijdbare schade uitgevoerd. In vervolg hierop zijn in de Verenigde Staten, Canada en zeer recentelijk ook in Denemarken, veiligheidscampagnes gestart om de omvang van deze schade terug te dringen.³ De overheden in deze landen financieren een groot deel van de campagnes. Ook kunnen ziekenhuizen gebruik maken van verbetermethodieken en evidence-based practices (zie kader).

Een vergelijking tussen Nederlandse knelpunten en Amerikaanse campagne-speerpunten maakt duidelijk dat circa 18 procent van de potentieel vermijdbare schade hier overeenkomt met de Amerikaanse campagnethema's. Op 12 juni presenteerden de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van VWS, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van

Medisch Specialisten (Orde), het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) het actieplan 'Voorkom schade, werk veilig'. Dit veiligheidsprogramma bevat tien thema's die de komende jaren extra aandacht krijgen. Deze thema's dekken de belangrijkste knelpunten van potentieel vermijdbare schade, zoals gevonden in de Nederlandse dossierstudie.

Het uitvoeren van de specifieke verbeteracties kan worden bewaakt met behulp van diverse interne indicatoren, zoals het percentage pneumothoraxen na

het inbrengen van een centraal veneuze lijn of pacemaker. De eerder genoemde generieke aanbevelingen en verbeterpunten zijn de randvoorwaarden om de specifieke verbeteracties uit het actieplan te doen slagen.

GROTE VARIATIE

Uit de dossierstudie van het Landelijk Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid blijkt dat ouderen en chirurgische patiënten een verhoogd risico lopen op vermijdbare schade door inadequate diagnostiek, behandeling en verzorging. Er is echter niet één specifieke

CAMPAGNETHEMA'S IN AMERIKA EN NEDERLAND

ACTIEPROGRAMMA PATIËNTVEILIGHEID IN AMERIKA

Campagne '100K Lives'

1. Crisisinterventieteams inzetten
2. Betrouwbare en 'evidence-based' zorg bij een acuut myocardinfarct
3. Voorkom onbedoelde medicatiegerelateerde schade
4. Voorkom centraallijn infecties
5. Voorkom postoperatieve wondinfecties
6. Voorkom beademingsgerelateerde pneumonie

Campagne 'Protecting 5M Lives from Harm'

1. Voorkom decubitus
2. Voorkom ziekenhuisinfecties (MRSA)
3. Voorkom schade door risicovolle geneesmiddelen
4. Verminder chirurgische complicaties
5. Lever betrouwbare en evidence-based zorg bij congestief hartfalen

ACTIEPROGRAMMA PATIËNTVEILIGHEID IN NEDERLAND

Voorkomen van:

1. Postoperatieve ziekenhuisinfecties
2. Schade bij patiënten met een centraalveneuze lijn
3. Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies
4. Medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor de momenten van overdracht
5. Onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt (valpreventie, delier, mobiliteitsverlies, ondervoeding)
6. Sterfte ten gevolge van een acuut myocardinfarct
7. Onnodig lijden van patiënten door pijn
8. Incidenten bij het bereiden en toedienen van hoogrisicomedicatie
9. Verwisseling van patiënten en bij patiënten
10. Nierinsufficiëntie bij gebruik van contrastmiddelen en medicatie

Bronnen: Institute for Healthcare Improvement (2007) en actieprogramma 'Voorkom schade, werk veilig'.

(be)handeling aan te wijzen die verantwoordelijk is voor een groot deel van deze potentieel vermijdbare schade. De grote variatie in de aard hiervan maakt duidelijk dat naast concrete verbeteracties ook structurele en ziekenhuisbrede verbeteringen noodzakelijk zijn. Daarnaast is het van belang om in vol-

besprekingen geeft aanvullend inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg. Om de haalbaarheid en continuïteit in de praktijk te vergroten, zou een steekproef van dossiers door een externe medisch specialist (bijvoorbeeld een van de 55 medisch specialisten die zijn getraind voor dossierstudies) conform het

Naast structurele zijn er specifieke verbeteracties nodig

doende mate te kunnen beschikken over ondersteunende diensten en specialisten als radiologen, ook in de avonden en het weekend.

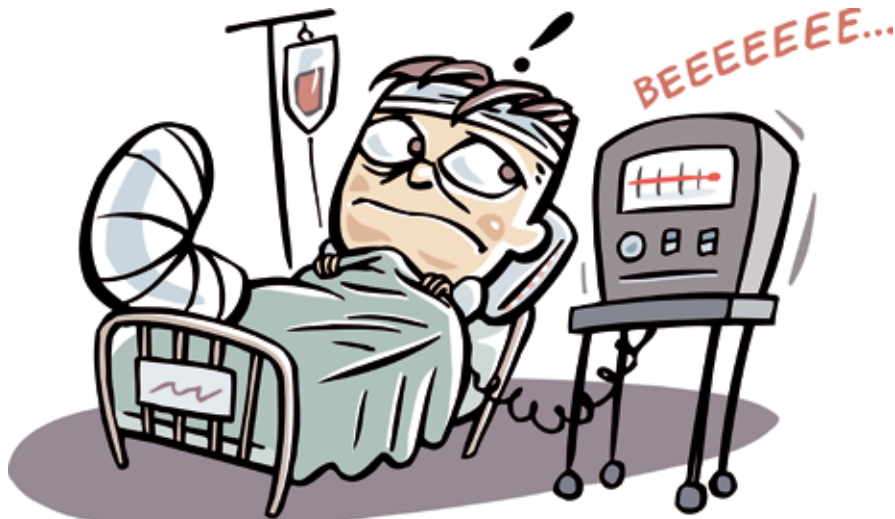
HEROPERATIES

Een actieprogramma om de patiëntveiligheid te verhogen, vraagt zodoende om een tweesporenbeleid. Enerzijds zijn er structurele activiteiten nodig, gericht op brede groepen patiënten en specialismen. De belangrijkste zijn het verbeteren van de dossiervoering, scholing, het naleven van richtlijnen en het systematisch op afdelingsniveau bespreken en analyseren van complicaties, heroperaties, heropnames en verlengde opnameduur.

De kwaliteitsfunctionaris van het ziekenhuis kan medisch specialisten ondersteunen bij het meten en analyseren van deze parameters. Het periodiek beoordelen van dossiers door medisch specialisten voor complicatie- en necrologie-

EMGO-Nivel-dossieronderzoek kunnen worden gescreend op screeningscriteria en onbedoelde schade. Dossiers waarin veel potentieel vermijdbare schade is gerapporteerd, zouden dan samen met een specialist uit de eigen staf kunnen worden geanalyseerd.

Anderzijds zijn er naast structurele activiteiten specifieke verbeteracties nodig die op korte termijn resultaat opleveren. De meest veelbelovende verbeteracties zijn hier weergegeven. Ze zijn gedestilleerd uit de resultaten van de dossierstudie. Het hiervoor ingezette analyseproces zal ook de komende maanden doorgaan. Het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' is mede op basis van de aanbevelingen uit de dossierstudie opgesteld.⁴ De verwachting is dat met dit programma de omvang van de potentieel vermijdbare schade in de komende jaren in belangrijke mate kan worden gereduceerd. ■



SAMENVATTING

- Met een tweesporenbeleid van structurele activiteiten en doelgerichte acties lijkt het mogelijk het aantal gevallen van onbedoelde schade in ziekenhuizen, zoals gerapporteerd in het Nivel/EMGO-onderzoek, in belangrijke mate te verminderen.
- De structurele activiteiten zijn: standaardisatie van de dossiervoering, versterking van het professioneel handelen en het inzichtelijker maken van het functioneren van afdelingen.
- Verdiepingsanalyse van het dossieronderzoek heeft acht specifieke verbeteracties opgeleverd die direct toepasbaar zijn en kunnen worden bewaakt met interne indicatoren.

dr. C. Wagner,

programmалеider patiëntveiligheid EMGO Instituut/VUmc en Nivel

drs. M. Zegers,

onderzoeker Nivel

dr. M.C. de Bruijne,

senior onderzoeker EMGO Instituut/VUmc

Correspondentieadres: c.wagner@vumc.nl;
c.c. redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Uit het dossieranalyseteam hebben H. Asscherman (internist), A.S.N. Hirzalla (chirurg), dr. G. de Keizer (chirurg), A.U.C.C. Nooteboom (chirurg) en dr. K.J. Roozendaal (internist) als inhoudsdeskundige en adviseur een belangrijke bijdrage geleverd bij de nadere analyse en interpretatie van de in de dossierstudie gevonden incidenten met onbedoelde schade.

Literatuur

1. Bruijne MC de, Zegers M, Hoonhout L, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse Ziekenhuizen. Amsterdam/Utrecht, EMGO/Nivel, 2007. 2. Bemt PMLA van den, Egberts TCG. Hospital Admissions related to medication (HARM). Utrecht, Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006. 3. Schellekens W, Molendijk H. Patiëntveiligheidsbeleid werpt vruchten af. MC 2007; 62(15); 650-2. 4. VWS/IGZ. Voorkom schade, werk veilig. Veiligheidsprogramma voor Nederlandse ziekenhuizen van de veldpartijen. www.vmszorg.nl.

Informatie over het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' is te bekijken via onze site:
www.medischcontact.nl/dezeweek.

