

Spaarne Ziekenhuis verricht systematische statusanalyse

Lessen uit dossiers van overledenen

dr. Sam C.C. Reinders Folmer,
internist n.p.

Hans M. Groen,
uroloog, n.p.

Johan J. Weenink,
internist-intensivist, Spaarne
Ziekenhuis Hoofddorp

Correspondentieadres:
reindersfolmer@planet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Reinders Folmer en Groen
zijn verantwoordelijk voor het
beschreven onderzoek en het
ontvangen daarvoor een ver-
goeding van het ziekenhuis.
Weenink is werkzaam in dienst-
verband.

Dit artikel is online verschenen
op 25 september.

beeld: HH, Marco Okhuizen

Structureel dossieronderzoek van in het ziekenhuis overleden patiënten kan zorggerelateerde schade voorkomen. Zeker als dit onderzoek uitmondt in casusbesprekingen en gerichte aanbevelingen aan de medische staf en de raad van bestuur. Dat ondervindt het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp.

Dossieronderzoek van patiënten is een van de mogelijkheden om de veiligheid en kwaliteit van zorg te toetsen. Daarmee is het een instrument om zorggerelateerde schade te voorkomen of terug te dringen. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam hanteert deze werkwijze al langer. Dat voorbeeld volgend hebben wij, twee oud-specialisten van het Spaarne Ziekenhuis, een systematische analyse gemaakt van alle

statussen van de daar overleden patiënten sinds medio 2010.

Dit gebeurde aan de hand van de CBO-richtlijnen voor aanwijzingen (*triggers*) voor onbedoelde schade die bijdraagt aan het overlijden.¹ Zelf voegden wij nog als extra aandachtspunten toe: het al dan niet vragen van obductie en het schrijven van een ontslagbrief binnen vier weken na ontslag, beide naar ons oordeel eveneens als kwaliteitsinstrumenten te beschouwen.

Delier

Er overleden tussen 1 juni 2010 en 1 september 2011 466 volwassen patiënten, op een opname-aantal van 23.663. Het betrof meer mannen (n=256, 54,9%) dan vrouwen (n=210, 45,1%) en hun gemiddelde leeftijd lag lager (75,3 versus 78,5 jaar).

De mediane duur van de opname tot overlijden was 5 dagen (0-79 dagen). In ongeveer 70 procent van de gevallen kon het overlijden als onvermijdbaar worden beschouwd door de ernst van het onderliggende lijden, zoals een groot bloedig CVA (n=45, 9,6%) of een terminale gemetastaseerde maligniteit (n=111, 23,8%). Een veel voorkomende bijkomende ziekte was diabetes mellitus (n=89, 19,1%).

De meest frequente complicatie was een delier (n=76, 16,3%). Dit onderstreept de ernstige prognostische betekenis van dit ziektebeeld. Trombo-embolische complicaties, ook een uiting van de ernst van de onderliggende ziekte, leken nogal eens de waarschijnlijke oorzaak van acuut overlijden (n=30, 6,4%). Slechts een enkele maal kon dit bij obductie worden geverifieerd. Dit is vooral toe te schrijven aan het beperkte totaal aantal obducties (n=73, 15,6%).

Complicaties samenhangend met een operatieve ingreep werden 18 keer vastgesteld (3,9%). De belangrijkste infectieuze complicatie was een in het ziekenhuis ontstane longontsteking (n=40, 8,6%). Daarbij viel een sterke associatie op met sederende medicatie en het gebruik van voedingssondes. Wondinfecties (n=23, 4,9%) en ernstige urineweginfecties bij een katheter (n=4, 0,9%) waren minder vaak voorkomende problemen. Eveneens weinig frequent, maar wel ernstig, waren infecties met *Staphylococcus aureus* (n=5, 1,0%). Een in het ziekenhuis optredende sepsis als oorzaak van klinische achteruitgang werd meerdere malen overwogen, maar kon slechts in een beperkt aantal gevallen daadwerkelijk worden aangetoond. Ondanks veel preventieve aandacht voor het probleem trad toch ook een aantal malen klinisch belangrijke decubitus op (n=20, 4,3%).

Valkuilen

Het diagnostisch proces blijkt een weg met valkuilen te kunnen zijn. Als het misging, was er nogal eens sprake van te weinig aandacht voor, of een onjuiste interpretatie van alarmsymptomen, zoals een snelle pols en een lage bloeddruk.

Uitstel van relevante onderzoeken leidde soms ook tot onnodige vertragingen bij de behandeling. Daarnaast blijkt een veelheid aan

behandelaren en consulenten vertragend te werken. Onder meer omdat er dan makkelijker misverstanden en communicatieproblemen ontstaan: onderling, met de verpleging en ook met de patiënt en diens familie.

Fouten met de medicatie zijn helaas nog steeds in de dossiers te vinden. Daarbij is meestal sprake van ontijdige toediening, maar een enkele maal ook van onjuiste toediening of van toediening van verkeerde medicatie, soms zelfs aan de verkeerde patiënt.

Een sfeer van vertrouwen en openheid is belangrijk

Bij de verslaglegging viel op dat zelden in de operatieverslagen de hoeveelheid geschat bloedverlies was terug te vinden. Dit ondanks een daarvoor aanwezig format. Een ontslagbrief binnen een maand na het overlijden ontbreekt bij ruim 30 procent van de patiënten. Bovendien zijn de brieven nogal eens te summier en wordt soms zelfs het overlijden van patiënt niet vermeld.

Het al eerder gemelde percentage obducties is landelijk gezien min of meer normaal. Bij nadere beschouwing blijkt echter vaak geen obductie gevraagd te worden aan de nabestaanden (n=76, 16,3%).

Necrologiebespreking

De gestructureerde analyse van de statussen van de overleden patiënten in het Spaarne Ziekenhuis leert dat een delier en postoperatieve en infectieuze verwickelingen kunnen bijdragen aan de mortaliteit van overigens vaak al ernstig zieke patiënten. Dit ernstige onderliggende lijden betekent ongetwijfeld dat interventies maar een beperkt resultaat hebben. Dit neemt niet weg dat inspanningen tot verbetering noodzakelijk blijven en dat bespreking van de bevindingen bij het statusonderzoek daarbij een belangrijk hulpmiddel kan zijn.

De uitkomsten van de beschreven analyse werden in de vorm van voordrachten gepresenteerd aan de plenaire vergadering van de medische staf en aan de assistentengroep van interne geneeskunde.

Geselecteerde casuïstiek, veelal als gebundelde gelijksoortige gevallen en zo mogelijk gecombineerd met de resultaten van obductie, vormde

SAMENVATTING

- In het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp worden de statussen van alle overleden patiënten structureel geanalyseerd.
- Dit leert dat een delier en postoperatieve en infectieuze verwickelingen kunnen bijdragen aan de mortaliteit.
- De bevindingen vormen de basis voor necrologiebesprekingen binnen de medische staf.
- Daarbij ligt de nadruk op aanbevelingen op het gebied van diagnostiek, behandeling, communicatie en statusvoering.



De Defence-studie van het AMC vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

de kern van tweemaandelijks ziekenhuisbrede necrologiebesprekingen. Deze besprekingen werden voorbereid in een uit vertegenwoordigers van verschillende specialismen bestaande necrologiecommissie. Aan de orde kwamen onder meer de dosering van morfinepreparaten bij de oudere patiënt, het profylactische beleid met laagmoleculaire heparines, beleid en diagnostiek bij patiënten met schedeltraumata en gelijktijdig gebruik van antistolling, de valkuilen bij de anamnese en diagnostiek van het thoracale aneurysma, en de gevaren van een (eerdere) splenectomie en het beleid bij een staphylococcensepsis.

Niet beschuldigend

Uitvloeisel van deze besprekingen is onder meer een aanpassing van het beleid op de SEH voor patiënten met een schedeltrauma bij het gebruik van antistolling. De combinatie van een schedeltrauma en het gebruik van antistolling is nu steeds reden een CT-onderzoek van de schedel te verrichten. Ook het ziekenhuisprotocol voor de behandeling van een staphylococcensepsis wordt herzien, met name wat betreft de duur van de behandeling met (intraveneuze) antibiotica. De na een splenectomie toegediende en de in de toekomst nog te geven vaccinaties zullen duidelijker ook aan de huisarts worden gemeld. Het ziekenhuis participeert verder al geruime tijd in de Defence-studie van het AMC te Amsterdam, waarbij signalering en preventie van het delier centraal staan.

De plenaire bijeenkomsten hebben ook de functie van een gemeenschappelijke nascholingscursus, die opnieuw bewustmaakt van de mogelijke problemen bij diagnostiek en behandeling van verschillende aandoeningen. Bovendien werd regelmatig onderstreept dat een ontslagbrief – als synthese van het beloop – en een obductie belangrijk kunnen bijdragen aan een beter inzicht.

Belangrijk voor een goede analyse van de necrologie is een sfeer van openheid en vertrouwen. De intentie moet niet beschuldigend zijn, maar gericht op verbetering van het gezamenlijk medisch handelen. Aanbevelingen door de necrologiecommissie aan het bestuur van de medische staf en aan de raad van bestuur van het ziekenhuis, op basis van een door alle geledingen goedgekeurd reglement, kunnen aan die gezamenlijkheid bijdragen. [mc](#)



00:00

In het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp worden sinds 2010 de statussen van overleden patiënten geanalyseerd. Sam Reinders Folmers spreekt openhartig over de resultaten van zijn onderzoek.



/video

praktijkperikel

Portemonnee

Onlangs bezocht een bedrukte adolescent vergezeld door zijn moeder mijn spreekuur, als algemeen chirurg, vanwege een gynaecomastie. De lijdensdruk en daarmee de operatie-indicatie was helder.

Tot die conclusie was de plastisch chirurg die de man al eerder had gezien ook al gekomen. Deze had zelfs via een consultatie van de internist een onderliggende endocriene aandoening laten uitsluiten. De plastisch chirurg moet, net als de algemeen chirurg, voor een dergelijke ingreep een medische machtiging aanvragen die tot tweemaal toe door de medisch adviseur van 's lands grootste verzekeraar was

afgewezen. Deze verzekeraar heeft bij monde van de voorzitter van haar raad van bestuur als rol de portemonnee van haar klanten te bewaken.

Desondanks raadde een bevriende medewerker van deze verzekeringsmaatschappij aan moeder en patiënt aan het nog eens via de algemeen chirurg te proberen 'want die rekeningen worden niet zo nagekeken'. Dus na zes bezoeken bij drie medisch specialisten en aanvullend biochemisch en beeldvormend onderzoek moedigt de verzekeraar zelf aan tot fraude? Hier kan geen coalitie of regeringsakkoord tegenop.

/praktijkperikel