



beeld: Gettyimages

Intern dossieronderzoek leidt tot verhoogde patiëntveiligheid

Leren van onbedoelde schade

Conny van Velden MSc,
adviseur patiëntveiligheid,
VMS Veiligheidsprogramma

dr. Martine de Bruijne,
sociaal geneeskundige, afde-
ling Sociale Geneeskunde,
EMGO+, VU medisch centrum

drs. Jan van Aken,
internist niet-praktiserend

drs. Miriam Kroeze,
projectleider, VMS Veiligheids-
programma

Correspondentieadres:
c.vanvelden@vmszorg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

J. van Aken heeft een arbeids-
relatie met De Praktijk Index, een
adviesbureau voor kwaliteitsver-
betering in de zorg.

Ziekenhuizen en zorgverleners ontdekken de voordelen van intern dossieronderzoek waarmee zorggerelateerde schade teruggedrongen kan worden. Toch hebben ze nog moeite de onderzoeksresultaten om te zetten in verbeteracties.

In 2005 hebben EMGO Instituut/VUmc en onderzoeksinstituut Nivel een internationaal gevalideerd instrument voor dossieronderzoek naar zorggerelateerde schade vertaald naar de Nederlandse situatie. Het landelijke dossieronderzoek naar patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen dat met dit instrument werd uitgevoerd, heeft in 2007 geleid tot het rapport 'Onbedoeld schade

in Nederlandse ziekenhuizen'. Aan dit landelijke dossieronderzoek deden 21 ziekenhuizen mee.

Zowel de deelnemende ziekenhuizen als de speciaal voor het onderzoek opgeleide specialisten en verpleegkundigen stonden positief tegenover de wijze waarop het dossieronderzoek plaatsvond en de uiteindelijke onderzoeksresultaten.

Samen met de ziekenhuizen hebben de onderzoekers het instrument vereenvoudigd voor toepassing ten behoeve van interne kwaliteitsbewaking. Eind 2007 zijn de eerste ziekenhuizen gestart met intern dossieronderzoek naar zorggerelateerde schade. Het bleek met dossieronderzoek goed mogelijk medisch en procesmatig inzicht in de kwaliteit en veiligheid van het zorgproces te krijgen.

Incidenten

Deze goede ervaringen hebben ertoe geleid dat ook andere ziekenhuizen zijn overgegaan tot het uitvoeren van dossieronderzoek. Vaak ook omdat ze hiermee uitvoering willen geven aan hun veiligheidsmanagementsysteem waarvan retrospectieve analyse van incidenten een onderdeel is. (Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade heeft geleid of had kunnen leiden of nog zou kunnen leiden.) Naast het decentraal incident melden (VIM), dat vooral opgepakt is door verpleegkundigen, is ook dossieronderzoek naar zorggerelateerde schade geschikt voor retrospectieve analyse van incidenten die tot schade hebben geleid. Hiermee wordt ook voldaan aan de prestatie-indicator vermijdbare zorggerelateerde schade van de Inspectie van de Gezondheidszorg. Daarnaast gebruiken verschillende ziekenhuizen het dossieronderzoek om meer inzicht te krijgen in de zorggerelateerde schade die ten grondslag ligt aan de gestandaardiseerde

sterftecijfers. Door dit inzicht kan het percentage vermijdbare sterfte omlaag gebracht worden.

Anno 2010 voeren veertien ziekenhuizen intern dossieronderzoek uit volgens de EMGO/ Nivel-methode.

Nog twee ziekenhuizen

gaan hier binnenkort mee van start. Ook zijn er enkele ziekenhuizen die met een vergelijkbare methode, de Triggertool van het Institute for Healthcare Improvement in Boston, dossieronderzoek naar zorggerelateerde schade uitvoeren. De wijze waarop dossieronderzoek is geïmplementeerd, varieert sterk tussen de ziekenhuizen. Daarom is op 12 oktober 2010 een invitational conference gehouden door EMGO/ Nivel in samenwerking met het VMS Veiligheidsprogramma en vertegenwoordigers van tien ziekenhuizen die structureel dossieronderzoek uitvoeren. Deze bijeenkomst had als doel ervaringen uit te wisselen en te onderzoeken op welke wijze dossieronderzoek het beste kan worden toegepast in ziekenhuizen.

Van de tien ziekenhuizen die aanwezig waren bij de bijeenkomst, werken er acht met de EMGO/ Nivel-methode. De andere twee ziekenhuizen hanteren de Triggertool. Het verschil tussen de twee methodes zit vooral in de tweede fase. Met het EMGO/ Nivel-instrument worden in de tweede fase dossiers met aanwijzingen ('triggers') voor zorggerelateerde schade systematisch beoordeeld met behulp van een aantal steunvragen. Met die steunvragen kan afgewogen worden of de schade gerelateerd was aan de geleverde zorg en niet alleen aan het onderliggend lijden, en of de schade vermijdbaar was. De Triggertool heeft die steunvragen niet en doet veelal ook geen uitspraken over de potentiële vermijdbaarheid dan wel de causaliteit met de zorgverlening.

Het dossieronderzoek wordt in de meeste ziekenhuizen gedaan door medisch specialisten en verpleegkundigen met veel algemene klinische ervaring. Om de resultaten van het onderzoek te beheren maakt de helft van de ziekenhuizen gebruik van de landelijke beveiligde database Patsaf, terwijl andere ziekenhuizen een eigen (digitale) database hebben opgezet.

In de meeste ziekenhuizen worden alle dossiers van overleden patiënten bestudeerd, rond de 800 dossiers op jaarbasis. Eén ziekenhuis onderzocht ook niet-overleden patiënten. Dit maakt de kans op het vinden van zorggerelateerde schade lager, maar geeft wel een vollediger beeld van de geleverde zorg.

De ziekenhuizen koppelen uitkomsten van het dossieronderzoek op geaggregeerd niveau terug aan de raad van bestuur. Het merendeel rapporteert ook aan de medische staf. In de meeste ziekenhuizen wordt de gevonden zorggerelateerde schade per brief voorgelegd aan de betrokken vakgroep.

Vaak wordt ook een schriftelijke reactie gevraagd van de betrokken artsen en verpleegkundigen. Hierin wordt de gevonden schade al dan niet bevestigd en een verbetervoorstel geformuleerd.

Vermijdbare schade

Dossieronderzoek door medici is de enige manier om zorggerelateerde schade en de vermijdbaarheid ervan achteraf te herkennen en te inventariseren. Tijdens de invitational conference presenteerden onderzoekers uit twee ziekenhuizen bevindingen uit hun dossieronderzoek. De conclusies waren:

- Het percentage vermijdbare zorggerelateerde schade was het hoogst bij oudere patiënten in peri-operatieve situatie. (Dit was ook bekend uit eerdere onderzoeken.)

Dossieronderzoek is geschikt voor retrospectieve analyse van incidenten

Missers zijn zelden persoonsgebonden

- De preoperatieve afweging van het operatierisico wordt vaak niet genoteerd.
- De draaglast van een operatie bij een oudere kwetsbare patiënt is vaak groter dan de draagkracht.
 - Bij oudere kwetsbare patiënten is de transfer van intensive care naar de verpleegafdeling een grote stap. Medium care is nodig, maar vaak is die niet aanwezig of is de capaciteit ervan te klein.
 - Communicatie tussen verschillende behandelaren verloopt soms te langzaam of onvolledig.
- Te vaak ontbreekt verslaglegging van diagnostische en therapeutische overwegingen, besluiten en afspraken in de dossiers.

Klinische lessen

Dossieronderzoek kan ook een bron zijn voor klinische lessen. Bijvoorbeeld:

- Een na CT-scan beschreven appendiculair infiltraat kan een appendixcarcinoom zijn.
- Een anemie en hoge BSE bleek na een halfjaar observatie te worden veroorzaakt door een ovariumcarcinoom.
- Een patiënt die door verschillende deelspecialisten werd behandeld voor verschillende aandoeningen, werd door de huisarts verwezen naar één van hen voor een voor maligniteit verdachte aandoening. Doordat men dacht dat 'de ander' dit analyseerde, leidde dit tot onacceptabel uitstel van behandeling van een maligne tumor.
- Bij bejaarde patiënten met een groot obstruerend coloncarcinoom kan het plaatsen van een palliatieve stent in het colon worden overwogen als alternatief voor een operatie.

beeld: Frank Muller, HH



- Vermijdbare zorggerelateerde schade zou ook in een complicatieregistratie thuishoren. Complicatieregistratie wordt in een status zelden genoemd.
- Bij overleden patiënten duurt het vaak lang voor een ontslagbrief wordt geschreven.
- Vaak ontbreekt de overweging van de operateur om te opereren in de ontslagbrief.

Voorwaarden en knelpunten

Bij het opzetten en implementeren van dossieronderzoek in een ziekenhuis zijn goede voorwaarden cruciaal. Waar en op welk niveau liggen verantwoordelijkheden en bevoegdheden? Wat is het doel van het dossieronderzoek? Wie is verantwoordelijk voor het bespreken van de onderzoeksresultaten met betrokken behandelaren, maatschappen, vakgroepen en afdelingen? Wie neemt het op zich de implementatie uit te voeren van voorstellen om de kans op vermijdbare zorggerelateerde schade in de toekomst te verkleinen? Op al deze vragen moet voor de start van het dossieronderzoek een helder antwoord geformuleerd worden. Tijdens de invitation conference werd duidelijk dat de knelpunten vooral liggen in de fase na de uitkomsten. Als duidelijk is dat er sprake is van vermijdbare zorggerelateerde schade, wil men dit zorgvuldig terugrapporteren. Dit blijkt soms lastig en arbeidsintensief. Communicatie per brief en plenaire besprekingen van casuïstiek met de medische staf zijn tot op heden het meest succesvol. Daarnaast hebben ziekenhuizen moeite de resultaten om te zetten in verbeteracties. Er spelen vaak meerdere oorzaken een rol bij het ontstaan van zorggerelateerde schade. Dat maakt het moeilijker om goede barrières te ontwikkelen om de schade op termijn te voorkomen. Meestal zijn de verbeteracties nog wel helder, maar om deze daadwerkelijk te implementeren in de dagelijkse praktijk zijn daadkracht en het tonen van verantwoordelijkheid nodig.

Risicobewustzijn

Dossieronderzoek is een goede manier om verbetermogelijkheden voor patiëntenzorg boven tafel te krijgen. Een belangrijke uitkomst is allereerst de bewustwording dat ook door diagnostiek, indicatiestelling en behandeling zorggerelateerde schade kan voorkomen. Door retrospectieve analyse via het dossieronderzoek wordt duidelijk dat missers zelden persoonsgebonden zijn maar meestal een gevolg van meerdere oorzaken. Door inzicht in deze oorzaken is het mogelijk verbeterpunten te benoemen.

SAMENVATTING

- Intern dossieronderzoek is een vorm van retrospectieve analyse om zorggerelateerde schade op te sporen en de zorgkwaliteit te verbeteren.
- Een belangrijke uitkomst is dat zorggerelateerde schade ook kan worden veroorzaakt door diagnostiek, indicatiestelling en behandeling.
- Het blijkt lastig en arbeidsintensief om resultaten van dossieronderzoek terug te koppelen, te verspreiden en om te zetten in verbeteracties.
- Bespreking binnen de ziekenhuisorganisatie is een voorwaarde om tot verbetering te komen en daardoor de kans op zorggerelateerde schade te verkleinen.

Het gevolg van deze werkwijze is een verhoging van het risicobewustzijn. Hierdoor zullen specialisten steeds alerter reageren op mogelijke oorzaken van zorggerelateerde schade.

Om het kwaliteitsinstrument doelmatig en doeltreffend in te zetten zijn goede afspraken nodig over de positie van het dossieronderzoek binnen het patiëntveiligheidsbeleid. De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de veiligheid in het ziekenhuis en zal naast een terugkoppeling van resultaten een belangrijke rol spelen bij het inbedden van het dossieronderzoek binnen het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Met de medische staf moeten afspraken gemaakt worden over eigenaarschap en financiering van het dossieronderzoek.




Eerdere MC-artikelen en achtergrondinformatie over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Vooraf moeten worden bedacht op welke manier de (digitale) ondersteuning wordt geregeld en hoe verbeteringen worden doorgevoerd en resultaten worden verspreid en geborgd.

Inbedding

Uit de reacties tijdens de *invitational conference* bleek dat ziekenhuizen het dossieronderzoek op verschillende manieren uitvoeren. In deze beginfase een logische ontwikkeling. Er is echter wel behoefte aan eenduidigheid over het toepassen van het kwaliteitsinstrument dossieronderzoek. Overeenstemming over de wijze waarop dossieronderzoek plaatsvindt, hoe de bijbehorende begrippen worden gedefinieerd en geïnterpreteerd, is hiervoor noodzakelijk. Bij voorkeur wordt in nauwe samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen en gebaseerd op de huidige ervaring, ook uit de Monitor Zorggerelateerde Schade 2008-2013, een landelijke standaard voor dossieronderzoek ontwikkeld.

Daarnaast is van belang het dossieronderzoek landelijk in te bedden, onder andere door dit op te nemen in nascholing en opleiding van artsen. Het leren van zorggerelateerde schade en het ontwikkelen van risicobewustzijn kan niet vroeg genoeg in de opleiding tot arts plaatsvinden. 

praktijkperikel

Hoofd- en bijzaken

Als huisarts doe ik voor onze patiënten ook rijbewijskeuringen. Soms een fluitje van een cent, zeker als het vitale ouderen zijn zonder een noemenswaardige ziektegeschiedenis. Soms echter vraag ik oprecht of ze nog wel auto moeten blijven rijden. Er komt immers een moment – liefst voordat er ongelukken gebeuren – om het felbegeerde briefje in te leveren. Vaak antwoorden de ouderen in kwestie dat ze alleen nog in het dorp autorijden. Als ik dan zeg dat je ook in het dorp iemand dood kan rijden, kijken ze me verbaasd aan: ‘Nee hoor, we rijden heel voorzichtig.’

Laatst kwam er een patiënt van 75 jaar met een behoorlijke staat van dienst in het medisch circuit. Naast katalepsie bij narcolepsie, gonartrose, aorta-insufficiëntie, COPD, jicht, hernia en wat minder belangrijke ziektes, heeft ze recentelijk ook nog een CVA doorgemaakt. Als medicatie heeft ze onder andere efedrine en clomipramine.

Bij onderzoek heeft ze een parese links, rotatie van het hoofd gaat moeizaam en ze reageert wat trager. Eerlijk gezegd: niet iemand die nog moet autorijden. Ik geef aan dat ik mijn zorgen heb, waarop ze antwoordt: ‘Maar ik heb een automaat’. Ik vul alles netjes in voor het CBR: ‘Niet in staat om een auto te besturen gezien voorgeschiedenis en bevindingen bij onderzoek.’

Kort daarop krijg ik een verzoek van de CBR-arts om toelichting: ‘Waarom gebruikt ze clomipramine en staat ze daarvoor onder behandeling bij een specialist?’ Dan vraag ik me toch af of je na zes jaar vwo, vier jaar geneeskunde en twee jaar coschappen niet in staat zou moeten zijn om hoofdzaken van bijzaken te onderscheiden.

/praktijkperikel

Met dank aan:

Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
De Sionsberg Zorggroep Pasana, Dokkum
Maastricht Universitair Medisch Centrum
Alysis Zorggroep, Arnhem
St. Elisabeth ziekenhuis Tilburg
St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein/Utrecht
Màxima Medisch Centrum, Veldhoven-Eindhoven
Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk
Medisch Centrum Leeuwarden
Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede
Amphia ziekenhuis, Breda
Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
en Maren Broekens MSc, onderzoeksmedewerker
EMGO instituut

Referenties

- C. Wagner, MC de Bruijne, et al. Patiëntveiligheid in Nederland. Rapportage pilot studie. Nivel Utrecht & EMGO-Amsterdam Mei 2005.
- MC. De Bruijne, M. Zegers, et al. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. April 2007.

Info over triggertool: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAEs.htm>