

UITEENLOPENDE INTERPRETATIE VAN COMPLICATIES STAAT VERBETERINGEN IN DE WEG

Complicatieregistratie moet eenduidig

Een onderzoek in zeven ziekenhuizen leert dat complicaties niet op een eenduidige manier worden geregistreerd. Dat maakt het moeilijker om ervan te leren. Chirurgen uit het AMC in Amsterdam doen een aantal suggesties voor standaardisatie.

Met landelijke spiegelinformatie over complicaties die chirurgische patiënten oplopen tijdens of kort na de ziekenhuisopname kunnen we het zorgproces evalueren en optimaliseren. De spiegelinformatie is pas bruikbaar als deze is gecorrigeerd voor onderrapportage van complicaties en voor verschillen in patiëntenmix en zwaarte van de verrichtingen.^{1,2} Zeker zo belangrijk is de kwaliteit van de gegevens.^{3,4} Registraties van de verschillende chirurgische afdelingen moeten betrouwbaar en uniform zijn. Dit kan alleen als alle ziekenhuizen in vergelijkbare situaties dezelfde complicaties eenduidig registreren.

Hoewel de definitie van een chirurgische complicatie in Nederland al jaren geleden is vastgelegd, blijkt deze soms lastig te interpreteren.⁵⁻⁷ Wordt bijvoorbeeld een accidenteel letsel van de milt, ontstaan tijdens een operatie, geregistreerd als een complicatie, of alleen indien de patiënt er nadeel van ondervindt? En hoe moet de ernst van bepaalde complicaties, zoals stembandparese, worden vastgesteld als die bij ontslag nog onduidelijk is? Bovendien staat niet vast of alle chirurgische

afdelingen en chirurgen de definitie op dezelfde wijze interpreteren en toepassen.

Variatie

Dat er variatie bestaat, bleek uit een onderzoek naar de wijze waarop de afdelingen Chirurgie van een algemeen, vier topklinische en twee academische ziekenhuizen complicaties registreren. Aan in totaal 134 chirurgen en assistenten werd in de vorm van een quiz gevraagd om van 24 casussen te beoordelen of zij het beloop van de ziektegeschiedenis tijdens opname wel of niet als complicatie zouden registreren. De casussen waren geformuleerd door twee chirurgen (DG en CG) op basis van discussiepunten, definities en twijfelgevallen bij het registreren van complicaties.

De meeste overeenstemming tussen ziekenhuizen bestond bij complicaties die duidelijk aan een operatie gerelateerd zijn, zoals postoperatieve wondinfecties of naadlekkages. De minste overeenstemming was er bij de registratie van nadelige uitkomsten die direct gerelateerd waren aan de ingreep en regelmatig voorkomen. Veelvoorkomende uitkomsten,

zoals gastroparese na maagresectie of ileus na adhesiolyse, werden vaak niet als complicatie beschouwd.

Complicaties ontstaan door een verandering vanuit een ander specialisme, bijvoorbeeld 'complicatie op de ic' en 'complicatie op een niet-chirurgische verpleegafdeling', werden vrijwel altijd als een complicatie geboekstaafd. Een bloeding in de lies na percutane interventie door de radioloog werd door meer

Wellicht is het nadeel voor de patiënt een beter uitgangspunt

dan de helft van de artsen als complicatie betiteld.

Ook over de ernst van een te registreren complicatie verschilden de antwoorden van de chirurgen in de verschillende ziekenhuizen. Zo zag een derde van de artsen het aanleggen van een in opzet tijdelijke ileostoma vanwege een complicatie bij een operatieve ingreep als blijvend nadeel – het is immers onbekend of de stoma ook daadwerkelijk zal worden opgeheven.

Letsel dat is ontstaan en hersteld tijdens de operatie, zoals accidenteel darmletsel, vond slechts gemiddeld een derde van de chirurgen een complicatie. Als het echter



miltletsel en daarom een miltextirpatie zou betreffen, waardoor de patiënt in een vaccinatieprogramma terechtkomt, beoordeelden de meeste respondenten dat als een complicatie. Of het annuleren van een operatie geregistreerd wordt als complicatie, hing af van de reden van annulering; een medische oorzaak werd niet als complicatie beschouwd; een organisatorische reden wel. Indien een patiënt met complicaties wordt overgenomen uit een ander ziekenhuis registreerde gemiddeld een derde van de respondenten geen complicaties, ook niet gedurende het verdere beloop. Meer dan de helft zou de reeds aanwezige complicatie(s) bij overname terecht niet registreren, maar wel eventueel daaropvolgende complicaties gedurende de opname.

Betrouwbaar vergelijken

Tussen en zelfs binnen ziekenhuizen blijkt geen consensus te bestaan over wat als complicatie zou moeten worden geregistreerd. Terwijl eenduidigheid in de registratiewijze een belangrijke voorwaarde is voor benchmarking van ziekenhuizen – zeker in dit tijdperk van meten en vergelijken van de kwaliteit van zorg

bijvoorbeeld door DICA (clinicalaudit.nl) en met instrumenten als de *Hospital Standardized Mortality Ratio* (HSMR) en de (inter) nationale complicatieregistratie voor de hartchirurgie bij volwassenen (LCRHV; nvt.net.nl). Dit geldt temeer omdat ook niet-deskundigen gebruikmaken van deze informatie.⁸ De betrouwbaarheid en volledigheid van complicatieregistratie hangt niet alleen af van de vraag wat probleemsituaties zijn, maar ook van de manier waarop wordt geregistreerd.⁹ Om deze betrouwbaarheid en volledigheid

te optimaliseren, zijn zowel aanvullende afspraken over probleemsituaties nodig als een aanscherping van de definitie van ‘complicatie’.

Aanscherpen

Nu bepaalt de chirurg hoe bijvoorbeeld een onbedoelde miltextirpatie wordt geregistreerd, terwijl het nadeel voor de patiënt wellicht een beter uitgangspunt is. Uitkomsten van een behandeling zouden als complicatie moeten worden geregistreerd als ze ongewenst zijn voor

DEFINITIE VAN COMPLICATIE

1. Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is, dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade,
2. Een complicatie wordt geconstateerd gedurende de behandeling of bij de direct daaropvolgende poliklinische controle, dan wel binnen een door de wetenschappelijke vereniging bepaalde periode vanaf het begin van de behandeling.
3. Niet van belang is het resultaat van de feitelijke medisch-specialistische behandeling, de waarschijnlijkheid van de complicatie, en de eventuele aan- of afwezigheid van schuld (epidemiologie in plaats van interpretatie).

de patiënt en de patiënt er nadeel van ondervindt, zoals extra medicatie, vaccinatie of langere opnameduur.⁵ Multidisciplinair werken wordt steeds belangrijker. Toch blijkt een deel van de chirurgen geen complicaties te registreren als er een radiologische interventie heeft plaatsgevonden.¹⁰

Bij het registreren van complicaties is het perspectief van de patiënt belangrijker dan dat van de specialist. Alle complicaties zouden consequent geregistreerd moeten worden, onafhankelijk van het 'veroorzakende' specialisme.

Wat vaak discussie oplevert is als een patiënt met complicaties uit voorgaande behandelingen wordt overgenomen uit een ander ziekenhuis. Alle complicaties ontstaan binnen de eigen verantwoordelijkheidsperiode zouden moeten worden geregistreerd. De klacht waarmee de patiënt wordt overgenomen moet niet als complicatie worden gezien maar wordt verwerkt in de opnamediagnose.

Complicaties zeggen iets over de uitkomst van zorg, niet per se over het proces en eventueel onbedoelde gebeurtenissen waar de complicatie aan ten grondslag ligt.¹¹ Registratie moet primair inzichtelijk maken welke complicaties er optreden bij bepaalde patiëntengroepen, operaties of diagnoses, zodat ook aan de patiënt kan worden verteld wat hij kan verwachten. Ook kan het inzicht geven in het eigen handelen of dat van de afdeling en trends in complicaties.¹² Ten slotte zou de informatie beslissingsondersteuning kunnen bieden voor arts en patiënt en de kwaliteit van zorg optimaliseren.

Tijdens en kort na het optreden van de complicatie is vaak niet duidelijk wat de oorzaak is en of de complicatie vermijdbaar was. Een complicatie is bovendien vaak het gevolg van een samenloop van omstandigheden, menselijk functioneren, suboptimale communicatie, de toestand van de patiënt of het 'systeem' (zie bijvoorbeeld ikwerkveiligindezorg.nl). Het hanteren van de definitie zou dan ook zo letterlijk mogelijk moeten gebeuren, zonder interpretatie of zelfbescherming. Pas bij de analyse van complicaties wordt gekeken naar de vermijdbaarheid van de complicatie en

PRAKTIJKPERIKEL

DARMKANKERSCREENING

Patiënte kwam met een brief dat er bloed in haar ontlasting gevonden was. In de brief stond gelijk een afspraak bij een internist, over een week al, in een kliniek in Amsterdam-Zuid. Mijn praktijk is in Landsmeer en ik verwijs vrij veel naar het BovenIJ Ziekenhuis; patiënte is daar uitgebreid bekend. Verder: in de brief staat dat de huisarts ook bericht krijgt, maar dat heb ik niet gehad.

En dat de huisarts de relevante medische gegevens mee zal geven aan de patiënt, zodat de internist (!) kan bespreken of nader onderzoek zinvol is. What the hell. Mijn patiënte, tracheostoma na kanker, ernstig COPD, vaatlijden, diverticulose, bloedende aambeien, levercirrose, heeft besloten een potje met poep terug te sturen en de hele santekraam gaat draaien. Maar zij ziet de coloscopie niet zitten. 'Alleen als het moet dokter.' Met haar voorgeschiedenis en die van wijlen haar man is ze namelijk nogal carcinofoob. Ze wordt de stad in gejaagd voor een gesprek met een arts die haar niet kent, en die er waarschijnlijk met alle liefde een scoop in jaagt. Dbc'tje.

Het was een heel werk om met patiënte te praten en om haar uiteindelijk dan maar een verwijzing naar de haar overbekende internist in het BovenIJ te geven.

Nu nog bij het bevolkingsonderzoek informeren waarom ik nooit bericht kreeg. En passant eens vragen waar ze dit idiote verwijsbeleid vandaan halen. Zou het mogen van de NMa? Van Schippers? Van de zorgverzekering? Enfin, ik ben weer 9,01 euro rijker. Toppie.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

Complicaties zeggen iets over de uitkomst van zorg

met name bij deze complicaties gaat men terug naar de processen.¹³ Om de definitie optimaal te kunnen gebruiken, zou elke arts daarmee bekend moeten zijn.

Verbeteracties

Een aangescherpte definitie van complicaties (zie *kader* op blz. 1677) en aanvullende afspraken over specifieke klinische situaties kunnen de uniformiteit vergroten en beter (landelijke) vergelijking mogelijk

maken. Het opleiden en trainen van artsen om zich de definitie eigen te maken en kennis op te doen over landelijke afspraken over specifieke situaties draagt bij aan meer eenduidige registratie. Dit lijkt zeker noodzakelijk alvorens de registratiegegevens op landelijk niveau gebruikt kunnen worden als een van de parameters voor het vergelijken van de uitkomst van zorg. ■

contact

a.visser@amc.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Het dossier Kwaliteit en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.