

Dossieronderzoek naar zorggerelateerde schade

EEN KRACHTIG INSTRUMENT VOOR RETROSPECTIEVE ANALYSE TER VERBETERING VAN DE PATIËNTVEILIGHEID IN ZIEKENHUIZEN

De veiligheid en kwaliteit van de gezondheidszorg kunnen worden geborgd met verschillende instrumenten. Een krachtig kwaliteitsinstrument is dossieronderzoek voor opsporing en analyse van zorggerelateerde schade. Hiermee wordt duidelijk welke vormen van vermijdbare schade kunnen optreden en welke oorzaken hieraan ten grondslag liggen. Op basis van deze bevindingen kan in overleg met de zorgverleners naar mogelijkheden worden gezocht om deze vermijdbare schade in de toekomst te voorkomen. Om tot een grondige analyse van zorggerelateerde schade te komen is een systematische aanpak noodzakelijk. Dit artikel beschrijft een internationaal erkende en frequent toegepaste methode van dossieronderzoek naar zorggerelateerde schade in ziekenhuizen. We gaan in op de praktische randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan en de keuzes die moeten worden gemaakt om dossieronderzoek op te zetten en te implementeren.

Door: M.A. Broekens en M.C. de Bruijne

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 21 Nederlandse ziekenhuizen dat met dit instrument werd uitgevoerd, heeft in 2007 geleid tot het rapport 'Onbedoeld schade in Nederlandse ziekenhuizen' (De Bruijne e.a., 2007). Zowel de deelnemende ziekenhuizen als de speciaal voor het onderzoek opgeleide specialisten en verpleegkundigen stonden positief tegenover de methode en resultaten van dit onderzoek. Velen gaven aan dat de methode zou kunnen worden ingezet in de dagelijkse ziekenhuispraktijk.

Dossieronderzoek binnen het veiligheidsmanagementsysteem

Samen met de ziekenhuizen is het instrument

vereenvoudigd voor toepassing voor 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. Meerdere ziekenhuizen zijn overgegaan tot het uitvoeren van dossieronderzoek (Van Velden e.a., 2011), onder andere om uitvoering te geven aan de retrospectieve analyse van incidenten binnen het veiligheidsmanagementsysteem. Met de implementatie van intern dossieronderzoek naar zorggerelateerde schade wordt ook voldaan aan de prestatie-indicator 'vermijdbare zorggerelateerde schade' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Een veel gebruikte vorm van retrospectieve analyse van oorzaken van patiëntonveilige situaties binnen het veiligheidsmanagementsysteem is

het decentraal incident melden (VIM). Hierbij worden incidenten (voor definitie zie box 1) die tot schade hebben geleid, hadden kunnen leiden of nog zouden kunnen leiden door zorgverleners gemeld en geanalyseerd. Deze methode is opgepakt door verpleegkundigen, maar slaat minder goed aan onder artsen.

Dossieronderzoek is een andere methode voor retrospectieve analyse van incidenten die zich beperkt tot gebeurtenissen die tot schade hebben geleid. Dit verhoogt het urgentiebesef bij zorgverleners en vergroot daarmee het draagvlak om oplossingen te zoeken en te implementeren. Daarnaast wordt een grondige analyse van informatie uit patiëntendossiers, waarbij de klinische context zorgvuldig wordt beoordeeld, met name door artsen als een meer valide methode ervaren.

Methode

Per 1 juli 2011 voeren 18 ziekenhuizen intern dossieronderzoek uit volgens de EMGO+/NIVEL-methode. De methode bestaat uit drie fasen. De eerste fase is een screening door getrainde verpleegkundigen van het patiëntendossier op triggers. Triggers zijn aanwijzingen voor mogelijke zorggerelateerde schade. Wanneer er een trigger wordt gevonden, gaat het dossier door naar de tweede fase. In deze fase beoordelen getrainde medisch specialisten aan de hand van een vragenlijst of er sprake is van onbedoelde schade, in hoeverre deze schade veroorzaakt is door de zorg en of deze schade vermijdbaar is geweest. De derde fase richt zich op het terugkoppelen van de gevonden vermijdbare schade naar de betrokkenen in het ziekenhuis. In gesprek met de betrokken zorgverleners en managers worden achterliggende oorzaken, die soms niet uit het dossier naar voren kwamen, en preventiemogelijkheden geïdentificeerd. De implementatie van de preventiemogelijkheden kan vervolgens worden uitgevoerd en geëvalueerd.

Verspreiden van de resultaten

Als er sprake is van vermijdbare zorggerelateerde schade, dient dit zorgvuldig teruggerapporteerd te worden naar betrokkenen. Communicatie over de resultaten kan op verschillende manieren, afhankelijk van de cultuur en ervaringen in de organisatie. We geven een aantal succesvolle voorbeelden uit de praktijk.

1. Vermijdbare schade wordt per brief gemeld aan de betreffende vakgroepen, maatschappen en/of afdelingen, met het verzoek schriftelijk te reageren. De resultaten worden in besloten kring door de betrokken vakgroep of afdeling besproken en van

Box 1. Begrippen

Onbedoelde zorggerelateerde schade = dit is een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het *(niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem* met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

Potentieel vermijdbare schade = een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het *onvolgende handelen volgens de professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem* met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.

Incident = onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade heeft geleid, had kunnen leiden of nog zou kunnen leiden.

commentaar en verbeteracties voorzien teruggekoppeld naar de leden van de onderzoeksc commissie. Het leereffect beperkt zich hiermee tot de betrokken vakgroep en de commissie dossieronderzoek.

2. Gevallen van vermijdbare schade worden op plenaire besprekingen gepresenteerd aan de hele medische staf van het ziekenhuis. Hierbij wordt het leereffect vergroot buiten de betrokken vakgroep.
3. Alle (of een selectie uit de) gebeurtenissen met vermijdbare zorggerelateerde schade worden gepresenteerd aan de patiëntveiligheids- of necrologiecommissie, na afstemming met de betrokken zorgverleners. De commissie inventariseert vervolgens de verbetermogelijkheden en maakt afspraken over de invoering van veranderingen.

Bij alle vormen van terugkoppeling van vermijdbare schade is het van groot belang dat betrokkenen niet verwijtend worden benaderd. Het doel is om zo open verbetermogelijkheden te bespreken waarbij expliciet stil wordt gestaan bij verbetermogelijkheden die verder strekken dan de persoon die verantwoordelijk was voor de zorg en die betrekking hebben op de organisatie van het zorgproces. Het is ook belangrijk de gevonden uitkomsten op geaggregeerd niveau terug te koppelen naar de raad van bestuur en indien afgesproken naar andere managementleden.

Effect en neveneffecten

Het systematisch analyseren van zorggerelateerde schade biedt veel aanknopingspunten voor het verbeteren van de dagelijkse zorg in ziekenhuizen (zie voorbeelden in box 2). Een gedegen systematische analyse kan inzicht bieden in de basisoorzaken die ten grondslag liggen aan zorggerelateerde schade. Zo gebruiken verschillende ziekenhuizen het dossieronder-

zoek om meer inzicht te krijgen in de zorggerelateerde schade die ten grondslag ligt aan de gestandaardiseerde sterftecijfers (HSMR).

Daarnaast kan intern dossieronderzoek bijdragen aan het verbeteren van de veiligheidscultuur richting een open, proactieve cultuur waarin patiëntveiligheid wordt bewaakt en geborgd. Het uitvoeren van intern dossieronderzoek, het bespreken van de resultaten met de betrokken zorgverleners en afdelingen en het uitvoeren van verbeteracties staan dan voorop. De samenwerking tussen verpleegkundigen en specialisten bij het doen van dossieronderzoek vergroot niet alleen het draagvlak bij beide groepen professionals, maar vergroot ook het wederzijds begrip en respect voor elkaar en bevordert daarmee de patiëntveiligheidscultuur. Tijdens dossieronderzoek ontstaat veel inzicht in mogelijkheden voor verbetering van de dossiervoering. Dossieronderzoek kan ook dienen om de ontwikkeling van vermijdbare schade in de tijd te volgen. Hiervoor is het nodig over meerdere jaren grotere aantallen dossiers te beoordelen (bijvoorbeeld 400 dossiers van overleden patiënten per jaar).

Implementatie dossieronderzoek zorggerelateerde schade

De invoering van dossieronderzoek als kwaliteitsinstrument in een ziekenhuis vergt een grondige voorbereiding waarbij de volgende punten aan de orde komen.

1. Doel van het dossieronderzoek

Bedenk waarvoor en op welke manier het dossieronderzoek in de instelling gaat worden ge-

bruikt. Bijvoorbeeld voor het in gang zetten van een cultuurverandering, de beoordeling van de kwaliteit van de dossiervoering, het vinden van verbetermogelijkheden door retrospectieve analyse of het monitoren van ziekenhuissterfte.

2. Inbedding in het veiligheidsmanagement-systeem

Bedenk hoe het dossieronderzoek kan worden geïntegreerd in de bestaande structuren binnen het ziekenhuis, bijvoorbeeld door een uitbreiding van een bestaande necrologiecommissie, het opstarten van een nieuwe commissie of het onderbrengen van het onderzoek bij de afdeling patiëntveiligheid of kwaliteit.

3. Selectie dossiers

Bepaal welke dossiers moeten worden beoordeeld. Bijvoorbeeld de dossiers van alle overleden patiënten, een aselechte steekproef van ontslagen en overleden patiënten of een specifieke groep patiënten. Dit hangt af van het doel, het budget en de tijd die ervoor kan worden vrijgemaakt. Als een ziekenhuis de zorggerelateerde schade wil monitoren, is een steekproef van ontslagen en overleden patiënten de beste manier, maar als het doel het analyseren van schade, cultuurverandering, het bekijken van de kwaliteit van dossiers of het monitoren van de ziekenhuissterfte is, dan is een steekproef van uitsluitend overleden patiënten voldoende. Dossieronderzoek kan ook worden ingezet op afdelingsniveau.

4. Aantal dossiers

Bepaal hoeveel dossiers u wilt beoordelen. Dit hangt eveneens af van het doel en de beschikbare middelen. De kans op onbedoelde schade is ongeveer 1:10 bij overleden patiënten en 1:20 bij ontslagen patiënten. Als je 200 dossiers van overleden patiënten beoordeelt, gaat 60 tot 70%, dus ongeveer 130 dossiers, door naar fase 2. In ongeveer 20% van de dossiers (= 26 dossiers) wordt onbedoelde schade gevonden, waarvan ongeveer 50% potentieel vermijdbaar was (13 dossiers). Bij ontslagen patiënten gaat 30 tot 40% van de dossiers door naar fase 2.

5. Aantal en inzet beoordelaars

Het aantal benodigde beoordelaars is afhankelijk van het aantal te beoordelen dossiers. Het verdient aanbeveling ten minste een algemeen internist en algemeen chirurg in het beoordelingsteam op te nemen. Een beoordeling in fase 1 duurt 30 tot 40 minuten, in fase 2 duurt de beoordeling gemiddeld 60 minuten. Een verpleegkundige beoordeelt per werkdag 10 tot 12 dossiers. Bijvoorbeeld, een ziekenhuis laat alle

Box 2.

Verbetermaatregelen naar aanleiding van resultaten uit het dossieronderzoek

- Het blijven controleren of uithalen van een lange lijn door de verpleegafdeling als de patiënt overgekomen is van de IC in plaats van deze zorg aan de IC overlaten, waarvoor het vaak wordt vergeten.
- Het standaard maken van een foto na het plaatsen van een voedingssonde om te checken of deze goed zit.

Klinische lessen uit het dossieronderzoek

- Een na CT-scan beschreven appendiculair infiltraat kan een appendix-carcinoom zijn.
- Een anemie en hoge BSE bleken na een half jaar observatie te worden veroorzaakt door een ovariumcarcinoom.
- Een patiënt die door verschillende deelspecialisten werd behandeld voor verschillende aandoeningen, werd door de huisarts verwezen naar een van hen voor een maligniteit verdachte aandoening. Doordat men dacht dat 'de ander' dit analyseerde, leidde dit tot een 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.



dossiers van overleden patiënten beoordelen, stel 600 in totaal = 60 per maand. Dan beoordelen 6 verpleegkundigen 1 dag per maand. Van de 60 dossiers gaat 65% door naar fase 2 = 39 dossiers per maand. Een medisch specialist beoordeelt 6 tot 8 dossiers per dag. Bij 6 specialisten is er minder dan een dag werk per maand.

6. Interne of externe beoordelaars

Interne beoordelaars hebben kennis van de gang van zaken en de gebruikte systemen in het ziekenhuis, maar moeten wel hun collega's beoordelen. Het effect op een gewenste cultuurverandering is mogelijk het grootst bij het gebruik van interne beoordelaars. Externe beoordelaars kijken daarentegen met een frisse blik en zijn vaak strenger, omdat ze de betrokken personen niet kennen. Bij dossieronderzoek in het kader van epidemiologisch onderzoek is een onafhankelijk oordeel van groot belang. Voor intern veiligheidsbeleid is een onafhankelijk oordeel wenselijk, maar niet strikt noodzakelijk om een verbetering van patiëntveiligheid te ondersteunen. Als in het ziekenhuis dossieronderzoek wordt gebruikt om de hoeveelheid onbedoelde schade te tellen en in de tijd te monitoren, gaat het onafhankelijk oordeel zwaarder wegen.

7. Communicatie naar professionals

De resultaten moeten worden teruggekoppeld naar de zorgverleners via een brief, een plenai-

re bespreking of een voordracht aan de necrologie- of patiëntveiligheidscommissie, een afdelings- of lunchoverleg, een wekelijkse complicatiebespreking of een nieuwsbrief.

Het is ook goed te bedenken wie er verantwoordelijk is voor het bespreken van de onderzoeksresultaten met betrokken behandelaars, maatschappen, vakgroepen en afdelingen, bijvoorbeeld de specialist die beoordeeld heeft of het hoofd of de coördinator van de commissie dossieronderzoek. Het is belangrijk om een duidelijk aanspreekpunt te hebben voor uw commissie, het dossieronderzoek en de werk-

Wat is er bekend?

Dossieronderzoek wordt internationaal gebruikt in wetenschappelijke studies om het voorkomen van zorggerelateerde schade in ziekenhuizen vast te stellen.

Retrospectieve analyse is een kernonderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem, maar heeft in de vorm van analyse van decentrale incidentmeldingen vaak weinig draagvlak bij artsen.

Wat is er nieuw?

Dossieronderzoek kan ook lokaal worden gebruikt als kwaliteitsinstrument binnen het veiligheidsmanagementsysteem. Het is een optie voor retrospectieve analyse met draagvlak bij artsen.

Wat kun je ermee?

Patiëntveiligheid verbeteren door het verkrijgen van inzicht in aard, omvang en oorzaken van vermijdbare schade, het bevorderen van een open cultuur en het verkleinen van de afstand tussen artsen en verpleegkundigen.



Maren Broekens



Martine de Bruijne

wijze van de commissie. Het dossieronderzoek heeft bekendheid nodig binnen het ziekenhuis om draagvlak te creëren voor het terugkoppelen van bevindingen en het zoeken naar verbetermaatregelen. Bekendheid kan worden vergroot door lunchbijeenkomsten, een artikel in de ziekenhuiskrant of een nieuwsbrief.

8. Communicatie naar management

De bevindingen en resultaten moeten worden teruggekoppeld naar het management. Hierover moeten afspraken worden gemaakt met de raad van bestuur en de medische staf. Gedacht kan worden aan een periodieke rapportage.

9. Implementatie verbeterplannen

Zorg voor de implementatie van voorstellen gericht op het verkleinen van de kans op vermijdbare zorggerelateerde schade. Maak duidelijk welke personen en afdelingen hierin een rol spelen, bijvoorbeeld de commissie dossieronderzoek, een beleidsafdeling of de betrokken zorgverleners en/of afdeling.

10. Praktische randvoorwaarden

Er is een ruimte nodig om dossiers te beoordelen, beoordelaars hebben toegang nodig tot alle delen van de dossiers (zoals het verpleegkundig en medisch dossier, labuitslagen, medicatielijsten, beeldvormende diagnostiek) en alle elektronische systemen die relevante patiëntinformatie bevatten. Dossiers moeten worden opgevraagd uit het archief of er moeten inlogcodes worden aangemaakt voor de elektronische dossiers. Het is ook van belang dat voldoende beoordelaars van verschillende specialismen beschikbaar zijn voor het dossieronderzoek, waarbij een internist en chirurg het minimum zijn.

Juridische aspecten

De privacy van de patiënt en zorgverlener moeten tijdens en na het dossieronderzoek worden geborgd, onder andere door mensen die dossiers beoordelen en met de data in aanraking komen een geheimhoudingsverklaring te laten tekenen. Ook moeten de verkregen data op een veilige manier worden opgeslagen. Het EMGO+/NIVEL biedt hiervoor een digitale database aan die voldoet aan alle eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Persoonsgegevens van betrokken patiënten en zorgverleners worden hierin op dusdanige wijze opgeslagen dat ze niet herleidbaar zijn tot de persoon. Deze database werkt via een beveiligde internetverbinding. Zolang dossieronderzoek onderdeel uitmaakt van een intern kwaliteitssysteem in het zieken-

huis, is het niet nodig om hiervoor toestemming van de patiënt te vragen. De resultaten van het dossieronderzoek dienen buiten het patiëntendossier, dus in een apart systeem, te worden opgeslagen. Als u potentieel vermijdbare schade vindt door dossieronderzoek, ligt het aan de lokale afspraken met de IGZ of u hiervan melding moet maken.

Tot slot

Dossieronderzoek naar zorggerelateerde schade is een arbeidsintensieve methode van retrospectieve analyse binnen het veiligheidsmanagementsysteem. De methode blijkt goed haalbaar als er beoordelende medisch specialisten bij worden betrokken die de klinische praktijk net hebben verlaten, bijvoorbeeld vanwege hun pensioen. In de praktijk zien we dat intern dossieronderzoek op een aantal manieren bijdraagt aan de verhoging van patiëntveiligheid. Het zorgt voor een toegenomen risicobewustzijn bij zorgprofessionals in de directe patiëntenzorg en een toegenomen veiligheidsbewustzijn bij zorgprofessionals in de directe patiëntenzorg, raad van bestuur en hoger en middenmanagement. Ook draagt het bij aan een open cultuur waarin kan worden gesproken over zorggerelateerde schade. Daarbij geeft het inzicht in vermijdbare zorggerelateerde schade in de organisatie. Een ander effect is het inzicht in de wijze van dossiervoering binnen de organisatie en een toename van verbetermaatregelen voor de patiëntveiligheid. Dit maakt dossieronderzoek tot een interessant initiatief om invulling te geven aan het veiligheidsmanagementsysteem in een ziekenhuis.

Noot

Dit project is mogelijk gemaakt door het Ministerie van VWS.

Literatuur

Bruijne, M.C. de, Zegers, M., Hoonhout, L.H.F. en C. Wagner, *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek. Amsterdam, 2007.
Velden, C. van, Bruijne, M.C. de, Aken, J. van en M. Kroeze, *Leren van onbedoelde schade – Intern dossieronderzoek leidt tot verhoogde patiëntveiligheid*, *Medisch Contact*, 66 nr. 20, 2011, 1272-1275.

Informatie over de auteurs

Maren Broekens MSc. is als onderzoeker van het EMGO-VUmc betrokken bij het coördineren van het landelijke dossieronderzoek en het trainen van de EMGO-NIVEL-methode voor het intern dossieronderzoek. m.broekens@vumc.nl

Dr. Martine C. de Bruijne is als senior-onderzoeker van het EMGO-VUmc betrokken bij onderzoek en onderwijs op het terrein van organisatie en functioneren van de gezondheidszorg, in het bijzonder patiëntveiligheid.