

Multidisciplinaire dossierstudie naar de incidentie en vermijdbaarheid van adverse events die leiden tot een ongeplande transfer naar een hoger niveau van zorg: een pilootstudie

Corresponderende auteur: Kristel Marquet¹

Adres: Universiteit Hasselt, Faculteit geneeskunde, Onderzoeksgroep Patiëntveiligheid, Agoralaan, Gebouw D, Room D58, 3590 Diepenbeek, +32 11 26 85 06, kristel.marquet@uhasselt.be

Coauteurs: Neree Claes¹, Elke De Troy^{1,2}, Gaby Kox^{1,2}, Frank Weekers^{1,2}, Annemie Vlayen¹, Arthur Vleugels^{1,3}

¹ Universiteit Hasselt, Faculteit geneeskunde, Onderzoeksgroep Patiëntveiligheid, Diepenbeek

² Jessa Ziekenhuis, Hasselt

³ Katholieke Universiteit Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Leuven

Introductie: Een adverse events (AE) wordt gedefinieerd als onbedoelde schade of complicatie, die resulteert in tijdelijke of permanente gezondheidsbeperking en/of verlengd verblijf of overlijden, hetgeen hoofdzakelijk veroorzaakt is door de gezondheidszorgprofessional of -organisatie (inclusief omissies) eerder dan door de gezondheidstoestand (1). Wereldwijd beschrijven diverse retrospectieve dossierstudies incidenties van AE tussen 2,9% en 16,6% (1-12). Belgisch onderzoek op basis van secundaire gegevens (13) toont gelijkaardige cijfers van 1500 à 2000 sterfgevallen per jaar. Het voorkomen van vermijdbare AE dient de hoofdplicht te zijn in het streven naar veilige zorg (14). AEs kunnen op de patiënt een impact hebben dat een transfer naar een hoger niveau van zorg noodzakelijk maakt. Dit komt grotendeels neer op een ongeplande opname op een eenheid voor intensieve zorgen of een tussenkomst van de interne MUG (mobiele urgentie groep). Uit recente internationale studies blijkt dat het percentage van AEs volgend op een operatieve of geneeskundige behandeling die een opname vereisen op intensieve zorgen eenheid variëren van 1,1% tot 37,2%. De vermijdbaarheid van deze AEs varieert van 17% tot 76,5% (15).

Doelstellingen: De doelstellingen van deze pilootstudie zijn het bepalen van de incidentie en vermijdbaarheid van adverse events die aanleiding geven tot een hoger niveau van zorg door middel van een multidisciplinair dossieronderzoek.

Methodologie: Het multidisciplinair dossieronderzoek werd uitgevoerd in een Limburgs ziekenhuis gedurende twee maanden. Het retrospectief dossieronderzoek was opgebouwd uit drie fasen. In de eerste fase werden patiënten met een ongeplande transfer naar intensieve zorgen of een tussenkomst van de interne MUG geïnccludeerd door de patiëntveiligheidscoördinator. Deze patiëntendossiers werden in een tweede fase geanalyseerd door een klinisch team bestaande uit een arts, verpleegkundige en een klinische apotheker. In een laatste fase werd een consensus bereikt. Een expertenpanel was beschikbaar wanneer inhoudelijke ondersteuning gewenst was.

Resultaten: 15,9% (n: 82) van de 517 opnames op intensieve zorgen waren ongepland. 13 patiënten verkregen een interventie van de interne MUG zonder transfer naar de intensieve zorgen afdeling. Een of meerdere AEs werden gevonden in 69,5% van deze patiëntengroep (n: 95). 65,3% van deze AEs waren hoog vermijdbaar. De AEs waren geassocieerd met medicatie of intraveneus beleid (27,8%), diagnose en/of behandeling (25%), operaties en/of anesthesie (19,5%), interventionele behandelingen (9,7%) en systeemfactoren (9,7%). Het niveau van schade varieerde. 45,8% of AEs resulteerde in tijdelijke schade en deze patiënten hebben een verlengd verblijf. 13,9% of the AEs resulteerde in permanente schade en in 29,2% was de patiënt overleden. In de groep van overleden patiënten kon bij 80,9% een hoog vermijdbaar AE gedetecteerd worden.

Conclusie: Uit de pilootstudie blijkt dat het selectie criterium "ongeplande verhoging van zorg" een goede trigger is voor de inclusie van patiëntendossiers. De methodiek van dossieronderzoek door een multidisciplinair team blijkt effectief te zijn voor de detectie van deze AEs en voor de bepaling van de vermijdbaarheid. Multidisciplinair dossieronderzoek bij deze patiënten is als audittool essentieel voor een gerichte opstart van verbetertrajecten om zo te komen tot kwaliteitsvolle en

patiëntveilige zorg. In de nabije toekomst wordt het onderzoek uitgebreid naar andere Limburgse ziekenhuizen.

Referenties

1. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1995 Nov 6;163(9):458-71.
2. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004 May 25;170(11):1678-86.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care.* 2004 Apr;13(2):145-51; discussion 51-2.
4. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J.* 2002 Dec 13;115(1167):U271.
5. Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA.* 2001 Jul 25;286(4):415-20.
6. Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ.* 1999 Jun 5;318(7197):1515-20.
7. Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ.* 2004 Jan 24;328(7433):199.
8. Park RE, Brook RH, Kosecoff J, Keeseey J, Rubenstein L, Keeler E, et al. Explaining variations in hospital death rates. Randomness, severity of illness, quality of care. *JAMA.* 1990 Jul 25;264(4):484-90.
9. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskr Laeger.* 2001 Sep 24;163(39):5370-8.
10. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000 Mar;38(3):261-71.
11. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ.* 2001 Mar 3;322(7285):517-9.
12. Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LH, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care.* 2009 Aug;18(4):297-302.
13. Van den Heede K, Sermeus W, Diya L, Lesaffre E, Vleugels A. Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset. *Int J Qual Health Care.* 2006 Jun;18(3):211-9.
14. Layde PM, Cortes LM, Teret SP, Brasel KJ, Kuhn EM, Mercy JA, et al. Patient safety efforts should focus on medical injuries. *JAMA.* 2002 Apr 17;287(15):1993-7.
15. Vlayen A, Verelst S, Bekkering GE, Schrooten W, Hellings J, Claes N. Incidence and preventability of adverse events requiring intensive care admission: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2011 Jan 6.