

Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="http://medischcontact.artsennet.nl/">http://medischcontact.artsennet.nl/</a>
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## Acute problemen in het ziekenhuis

JACK HUTTEN, DESIREE BEAUJEAN, PETER GROENEWEGEN

Sluipend kwaliteitsverlies zichtbaar gemaakt.

Dat medisch specialisten dikwijls niet volgens hun eigen standaarden kunnen werken, was al langer bekend. De gevolgen voor de patiënt en diens familie kunnen ernstig zijn, zo blijkt nu uit een analyse van honderd crisissituaties.

Veel medisch specialisten vinden dat zij regelmatig hun patiënten niet die zorg kunnen bieden die zij nodig achten.<sup>1</sup> Het gaat vooral om tijdgebrek tijdens consulten, patiënten niet of te laat opnemen en operaties (lang) uitstellen. Ook diagnostisch onderzoek ongewild overslaan, collega's niet kunnen raadplegen, niet kunnen doorverwijzen naar een ander ziekenhuis, en niet kunnen behandelen met het voorkeursmedicijn spelen hierbij een rol. Er gaapt een kloof tussen de professionele normen van medisch specialisten en de behandelmogelijkheden in de dagelijkse praktijk. Dergelijke probleemsituaties worden aangeduid met de term 'sluipend kwaliteitsverlies'. Dit vanuit de gedachte dat deze kloof stilzwijgend wordt geaccepteerd en minder als probleem wordt onderkend.

In een onderzoeksproject dat het NIVEL heeft uitgevoerd voor de Orde van Medisch Specialisten, is nagegaan of het mogelijk is de omvang van het 'sluipend kwaliteitsverlies' in de medisch-specialistische zorg op een objectieve en systematische wijze in kaart te brengen.<sup>2</sup> Daarvoor is onder meer een schriftelijke enquête gehouden onder medisch specialisten, waarbij de ernst van de ervaren problemen is bestudeerd. Daarbij is uitgegaan van de mening van de betrokken medisch specialisten.

Het laatste voorval

Aan de medisch specialisten is gedetailleerde informatie gevraagd over het laatste concrete geval waarin zij niet de zorg konden leveren die zij, volgens hun professionele normen, hadden moeten leveren. De enquête is in het najaar van 2002 verstuurd naar een aselechte steekproef van medisch specialisten die werkzaam zijn binnen de curatieve, somatische zorg. Uiteindelijk werden 188 vragenlijsten geretourneerd: een respons van 42,2 procent. Er zijn 113 concrete situaties beschreven. Het gaat daarbij om (semi-)acute situaties en niet om bijvoorbeeld wachttijden voor electieve ingrepen. In de overige 75 gevallen gaven de respondenten aan dat ze dergelijke gevallen in de afgelopen twaalf maanden niet hadden meegemaakt of ze konden geen concreet geval benoemen.

Het is niet vast te stellen in hoeverre de beschreven casus representatief zijn voor alle probleemgevallen in Nederland. Relatief meer artsen uit de interne specialismen beschreven een casussen, maar mogelijk worden zij ook vaker met dergelijke probleemgevallen geconfronteerd. Dit kan van invloed zijn geweest op het type problemen dat is gerapporteerd. Ook is de gebruikte onderzoeksmethode vooral gericht op schrijnende, in het oog springende gevallen. Probleemsituaties die min of meer een onderdeel van de dagelijkse praktijk zijn geworden, blijven onderbelicht.

#### Soort problemen

Bij de meerderheid van de beschreven casussen ging het om mannelijke patiënten (57%) en patiënten tussen de 45 en 65 jaar. De beschreven problemen deden zich vooral voor rond drie diagnosegroepen: trauma's en fracturen, kankers, en acute infecties/intoxicaties.

Zij nemen meer dan de helft van de gerapporteerde gevallen voor hun rekening (tabel 1).

Problemen rond de opname van patiënten en het uitvoeren van operaties zijn het vaakst genoemd. De andere problemen komen minder vaak voor in de beschreven situaties (tabel 2).

De problemen rond opname en operatie zijn meestal het gevolg van capaciteitsproblemen in het eigen ziekenhuis. In veel situaties was er op het betreffende moment geen bed beschikbaar op de (IC-)afdeling of was er geen mogelijkheid om direct een operatie uit te voeren, bijvoorbeeld omdat er geen OK-ruimte beschikbaar was of omdat het personeel (OK-team of anesthesist) niet aanwezig was.

Bij problemen met het overplaatsen van een patiënt naar een andere instelling, zijn twee situaties te onderscheiden. In het eerste geval moet de patiënt naar een andere instelling worden overgeplaatst, maar is dit vanwege capaciteitsproblemen in het andere ziekenhuis niet mogelijk. Dit kwam elf keer voor. In het tweede geval is het overplaatsen van de patiënt de (niet-optimale) oplossing voor een capaciteitsprobleem in het eigen ziekenhuis, maar kon deze oplossing niet worden gerealiseerd. Dit kwam zes keer voor.

Een tekort aan tijd voor de patiënt was gerelateerd aan overvolle spreekuren. Dit had volgens de artsen gevolgen voor de anamnese, maar ook voor de uitleg die zij aan de patiënt konden geven.

De problemen bij poliklinische afspraken gingen vooral om wachttijden en vertragingen, waardoor de medisch specialist te laat werd geconsulteerd.

Bepaald diagnostisch onderzoek en bepaalde behandelingen konden niet worden uitgevoerd, omdat de benodigde apparatuur niet (direct) beschikbaar was.

Bij acht probleemsituaties speelde niet alleen een tekort aan capaciteit een rol, maar ook een gebrek aan communicatie en onderlinge afstemming binnen het ziekenhuis (geen interne doorverwijzing, overplaatsing naar andere afdeling zonder overleg), óf een onjuiste inschatting van de situatie óf het beleid door een collega.

## OPLOSSINGEN

Bij 33 gevallen is aangegeven dat men de probleemsituatie heeft moeten accepteren omdat er geen alternatief was. Dat betekent dus afwachten en uitstel van onderzoek en/of behandeling.

De meeste acute capaciteitsproblemen zijn uiteindelijk opgelost door patiënten over te plaatsen naar andere ziekenhuizen (41 gevallen). Dit betekent uitstel van de behandeling of extra risico's in verband met het transport. Het kost vaak veel tijd om een overplaatsing en het transport te regelen. Uit de beschreven casussen komt naar voren dat de continuïteit van zorg bij een overplaatsing in gevaar komt.

Opvallend is dat de meeste specialisten aangeven dat ze niet meer weten wat er met een patiënt is gebeurd nadat deze is overgeplaatst.

Een oplossing waarvoor in 32 gevallen is gekozen, is om andere (medische) zorg te verlenen dan aanvankelijk de bedoeling was (suboptimale zorg). Daarbij kan worden gedacht aan poliklinische behandeling in plaats van opname, het voorschrijven van een medicijn van tweede keuze, een patiënt op een reguliere afdeling opnemen in plaats van op een IC, of overplaatsing naar een perifeer ziekenhuis in plaats van naar een academisch ziekenhuis.

De medisch specialisten konden op een vijfpuntsschaal aangeven hoe ernstig ze de situatie hadden ingeschat op het moment dat de probleemsituatie zich voordeed.

Daarbij is onderscheid gemaakt in vier dimensies: de mate waarin de situatie levensbedreigend was, in hoeverre er gevaar was voor de aantasting van de fysieke conditie van de patiënt (beïnvloeding van de herstelkans), en de mate van psychische en sociale belasting voor patiënt of familie. Over het algemeen worden de psychische en de sociale belasting voor de patiënten veel hoger ingeschat dan de mogelijke fysieke gevolgen van het voorval.

In 23 procent van de gevallen scoorde de situatie als (zeer) levensbedreigend (score 4 of 5), in 38 procent was er een (zeer) hoge kans op aantasting van de fysieke conditie van de patiënt. Een hoge inschatting van de psychische of de sociale belasting voor de patiënt noteerden de medisch specialisten in respectievelijk 68 procent en 63 procent van de gevallen.

De psychische en sociale belasting zijn vooral groot bij kanker en complicaties bij zwangerschap of bevalling. Levensbedreigende situaties doen zich vooral voor bij hartaandoeningen, infecties of intoxicatie en complicaties bij zwangerschap of bevalling. Dit zijn vooral situaties waarbij de overplaatsing van de patiënt naar een ander ziekenhuis als het probleem is gerapporteerd (tabel 3).

## AFLOOP

Van bijna 30 procent van de gevallen kon de medisch specialist niet aangeven hoe het uiteindelijk met de patiënt is afgelopen. Dit kwam onder meer doordat patiënten zijn overgeplaatst naar andere ziekenhuizen, andere artsen de behandeling hebben overgenomen, omdat het nog te kort geleden is, of omdat het op het moment waarin de vragenlijst werd ingevuld nog niet duidelijk was. In 20 procent van de gevallen kon, volgens de specialisten, niet worden vastgesteld of de probleemsituatie uiteindelijk gevolgen heeft gehad voor de patiënt. In 25 procent van de gevallen hebben de problemen, volgens hen, geen invloed gehad op de uiteindelijke afloop, terwijl daarvan in 23 procent van de gevallen wel sprake van was. In dertien gevallen hebben de problemen uiteindelijk, naar het oordeel van de medisch specialisten, de fysieke conditie aangetast, in negen gevallen de psychische conditie en in drie gevallen is de patiënt, naar de inschatting van de betrokken specialist, ten gevolge van het voorval overleden.

Wij wijzen er nogmaals op dat het niet bekend is in hoeverre de gerapporteerde casussen representatief zijn voor alle probleemsituaties in Nederland. Dat houdt in dat de cijfers niet kunnen worden generaliseerd naar landelijke cijfers.

#### Discrepantie

De casusbeschrijvingen hebben inzicht gegeven in de probleemsituaties die zich, volgens medisch specialisten, in de acute zorg voordoen. Het gaat daarbij om situaties waarin er sprake is van een discrepantie tussen het beleid dat men bij de betreffende patiënt heeft toegepast en de eigen professionele normen van de medisch specialist. Veel problemen worden veroorzaakt door een gebrek aan opname- of OK-capaciteit. In hoeverre de problemen voor patiënten echt nadelige gevolgen hebben gehad, is vaak moeilijk vast te stellen. Maar ze kunnen volgens de specialisten wel ernstig zijn. Daarbij gaat het niet altijd over de fysieke aspecten, maar ook zeker over de psychische belasting van de patiënt.

---

#### CONCRETE GEVALLEN:

Bij een man van 58 jaar met slokdarmcarcinoom kan op korte termijn in een algemeen ziekenhuis geen aanvullend diagnostisch onderzoek worden verricht, omdat wegens kostenbesparing de defecte apparatuur niet is vervangen. Het kost enige tijd voordat er in een ander ziekenhuis mogelijkheden zijn voor het onderzoek. De betrokken arts heeft vooral de psychische en sociale belasting hoog ingeschat, de andere twee aspecten laag.

In het academisch ziekenhuis kan een 31-jarige man met lateraal sclerose bij respiratoire insufficiëntie niet acuut worden beademd wegens capaciteitsgebrek op de IC. De patiënt kan pas ruim 24 uur later worden opgenomen.

De internist schat de ernst van de situatie op alle dimensies zeer hoog in.

Een man van 70 jaar met contusio cerebri kan, wegens tekort aan verpleegkundigen, niet worden opgenomen op de neurologische afdeling. De patiënt wordt voor de neurologische observatie opgenomen op een andere verpleegafdeling in hetzelfde ziekenhuis. De verpleegkundigen op deze afdeling hebben onvoldoende ervaring met neurologische observaties en gebruiken niet de juiste controlelijst. De specialist heeft extra instructies aan de verpleging gegeven en heeft vaker zelf naar de toestand van de patiënt geïnformeerd. Hoewel de situatie, volgens de specialist, geen gevolgen voor de patiënt heeft gehad, was het beter geweest als de patiënt op de neurologische

afdeling was opgenomen.

De specialist schat de mate van levensbedreiging en de kans op aantasting van de fysieke toestand van de patiënt hoog in. De psychische en sociale belasting worden laag ingeschat.

Een man van 54 jaar met een acuut infarct komt tijdens kantooruren in het algemeen ziekenhuis terecht. Een spoedinterventie in een andere instelling is geïndiceerd. Alledrie de centra die worden gebeld, hebben geen directe capaciteit. Vandaar dat het enkele uren duurt voordat de patiënt adequate zorg kan krijgen.

Dit heeft de fysieke conditie van de patiënt aangetast, volgens de betrokken cardioloog. Hij schat de ernst van de situatie allevier de dimensies hoog in.

Een man van 72 jaar met prostaatacarcinoom moet volgens de anesthesioloog acuut worden opgenomen voor pijnbehandeling. Wegens capaciteitsgebrek is dat pas twee dagen later mogelijk. Tot die tijd wordt de patiënt met medicatie thuis behandeld. Dit heeft vooral de psychische conditie van patiënt aangetast. Van aantasting van de fysieke condities was volgens de arts nauwelijks sprake.

dr. J.B.F. Hutten,

drs. ing. D.J.M.A. Beaujean,

prof. dr. P.P. Groenewegen,

Dit onderzoek is uitgevoerd met financiële steun van de Orde van Medisch Specialisten.

## **SAMENVATTING**

Acute probleemsituaties in de medisch-specialistische zorg worden grotendeels veroorzaakt door capaciteitsproblemen in de ziekenhuizen, waardoor patiënten niet direct kunnen worden opgenomen of geopereerd.

Deze situaties geven een hoge psychische en sociale belasting voor patiënt en familie. Dat geldt vooral bij kanker en complicaties bij zwangerschap of bevalling.

Levensbedreigende situaties doen zich vooral voor bij hartaandoeningen, infecties en intoxicatie, en complicaties bij zwangerschap of bevallingen.

De gevolgen voor de patiënt zijn niet altijd door de medisch specialist vast te stellen, maar kunnen ernstig zijn.

## **REFERENTIES**

1. Beaujean D, Hutten J, Groenewegen P. Sluipend kwaliteitsverlies. Medisch specialisten over probleemsituaties in de zorg. Medisch Contact 2002; 57 (24): 924-7.
2. Hutten JBF, Beaujean DJMA, Groenewegen PP. De zorg van medisch specialisten. Eindrapportage

Hutten, J., Beaujean, D., Groenewegen, P. Acute problemen in het ziekenhuis: sluipend kwaliteitsverlies zichtbaar gemaakt. Medisch Contact: 2003, 58(37), 1398-1401



van een verkennende studie naar probleemsituaties in de medisch-specialistische zorg: meningen en ervaringen medisch specialisten. Utrecht: NIVEL, 2003.

**Link:**

[Klik hier voor het NIVEL-rapport 'De zorg van medisch specialisten'](#)