



beeld: Laif, HH

Patiëntengegevens bij overplaatsing vaak onvolledig en niet correct

De medische overdracht

drs. A.M. van Staalduinen,
aios revalidatiegeneeskunde,
VU medisch centrum/Revali-
datiecentrum Amsterdam,
Amsterdam

mw. dr. H. Beckerman,
senior onderzoeker, VU
medisch centrum, Amsterdam

prof. dr. G.J. Lankhorst,
revalidatiearts, VU medisch
centrum, Amsterdam

drs. H.O. Wiggerts,
revalidatiearts, Revalidatiecen-
trum Amsterdam, Amsterdam

Correspondentieadres:
m.vanstaalduinen@vumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Adequate communicatie tussen zorginstellingen is onmisbaar als een patiënt wordt overgeplaatst. Toch ontbreekt het dikwijls aan een goede medische overdracht. Met soms levensbedreigende gevolgen.

De correctheid en volledigheid van medische informatieverstrekking krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht van de medische beroepsgroepen, het ministerie van VWS en de Tweede Kamer. Dit heeft onder andere in 2003 en 2004 geleid tot onderzoeken uitgevoerd door TNS NIPO.^{1 2} Enquêtes onder patiëntengroepen doen vermoeden dat er geregeld dingen misgaan door onvolledige medische informatieverstrekking. Deze vermoedens worden bevestigd door casuïstiek en ervaringen van specialisten en

arts-assistenten in de klinische praktijk. De medische overdracht blijkt meestal niet (op tijd) te arriveren. Als de medische overdracht wel arriveert, ontbreekt er geregeld essentiële informatie, waardoor er grote kans bestaat op fouten, al dan niet met ernstige consequenties voor de patiënten.³ Om de grootte van dit probleem in de Nederlandse praktijk te objectiveren, hebben we onderzoek gedaan naar de tijdigheid, volledigheid en correctheid van medische overdrachten tijdens de overplaatsing van een patiënt van het



Xxxx vindt u via:
www.medischcontact.nl

De oorzaak van het probleem lijkt niet bij individuele hulpverleners te liggen

ziekenhuis of verpleeghuis naar het Revalidatiecentrum Amsterdam (RCA). Adequate communicatie van het ziekenhuis richting revalidatiecentrum is van zeer groot belang, aangezien deze patiëntengroep over het algemeen een grote mate van complexiteit en comorbiditeit heeft. De indicatiecriteria voor overplaatsing naar een revalidatiecentrum zijn eerder in Medisch Contact beschreven.⁴

Briefje

De medische overdrachten van alle vanuit een ziekenhuis of verpleeghuis opgenomen nieuwe patiënten in het RCA zijn geanalyseerd. Deze dataverzameling vond plaats van 1 november 2006 tot 1 november 2007. De definitie van een medische overdracht was: een briefje waarop de verantwoordelijke (zaal)arts (of eventueel physician assistant of nurse practitioner) uit het

ziekenhuis of verpleeghuis ten minste enige notitie heeft gemaakt.

De medische overdrachten zijn beoordeeld op tijdigheid, volledigheid en correctheid. Voor beoordeling van de *tijdigheid* is gekeken of de medische overdracht direct bij opname van de patiënt in het revalidatiecentrum aanwezig was. De *volledigheid* van de medische overdracht moest blijken uit het feit of de revalidatiearts (in opleiding) genoodzaakt was telefonisch contact op te nemen met de verwijzend arts uit het ziekenhuis of verpleeghuis voor meer informatie. Tevens is bijgehouden of bij patiënten met een fractuur van het bekken of de onderste extremiteiten de maximale belastbaarheid duidelijk was. t

De *correctheid* van de overdracht is beoordeeld door te kijken naar discrepanties tussen geleverde medicatielijsten. De discrepanties zijn gescoord op potentieel gevaar voor de patiënt.⁵

Scores

Van 1 november 2006 tot 1 november 2007 zijn in het RCA 322 nieuwe patiënten opgenomen vanuit een ziekenhuis of verpleeghuis. Van 13 opnames (4%) waren de tijdigheid, volledigheid en correctheid van de medische overdracht niet meer met zekerheid te achterhalen.

Tijdigheid: bij 253 opnames (78,6%) was direct bij overplaatsing een medische overdracht aanwezig, bij 56 opnames (17,4%) geen. Een verpleegkundige overdracht was er meestal wél; slechts bij 6 opnames (1,9%) ontbrak deze.

Uit nadere analyse per overplaatsend ziekenhuis of verantwoordelijke medische discipline blijkt dat deze in gelijke mate verantwoordelijk zijn voor de missende medische gegevens. Academische ziekenhuizen scoren niet slechter of beter dan niet-academische ziekenhuizen. Ook scoren de verpleeghuizen niet slechter of beter dan de ziekenhuizen.

Volledigheid: bij elke opname is gescoord of er moest worden gebeld met het overplaatsende ziekenhuis of verpleeghuis. Bij 162 van de 309 opnames (52,4%) was dit het geval. Redenen om te bellen varieerden van opvragen van de ontbrekende medische overdracht tot onduidelijkheden over de medische situatie.

Van de 309 nieuwe opnames hadden 27 patiënten een fractuur van het bekken of de onderste extremiteiten. Bij 14 patiënten (51,9%) was de maximale belasting niet duidelijk vanwege het ontbreken (n=13) van deze informatie of een discrepantie in de fysiotherapeutische en de medische overdracht (n=1).



beeld: Shutterstock

Discrepanties tussen medicatielijsten

groep 1 (zeer waarschijnlijk niet leidend tot gevaar voor de patiënt)	<ul style="list-style-type: none"> - benzodiazepinen vast schema / zo nodig - Primperan zo nodig / niet - Haldol 1 dd 1 mg / niet
groep 2 (mogelijk gevaar voor de patiënt)	<ul style="list-style-type: none"> - Fraxiparine 1 dd 0,3 cc / niet - typefouten in doseringen waardoor niet-bestaande doseringen ontstaan
groep 3 (potentieel leidend tot heropname in het ziekenhuis)	<ul style="list-style-type: none"> - dagelijks / geen gebruik van digoxine - Semap 1 maal daags / 1 maal per week - grote verschillen in insulinedoseringen

Voorbeelden van discrepanties tussen medicatielijsten van patiënten die werden opgenomen in het Revalidatiecentrum Amsterdam, gescoord per groep.

Vakantie

Gelukkig. De vakantieperiode is voorbij. Verlost van die maandenlang aanhoudende lawine van vragen, zoals 'ben je al op vakantie geweest?' (juni), of 'ben je lekker uitgerust?' (augustus). Je kunt geen bespreking beginnen, in de rij van de supermarkt staan, of je wordt besprongen door vrolijk zomers geklede medewerkers of vage kennissen die denken dat vakantie alle barrières van persoonlijke afstand overbrugt. De opgewektheid waarmee vakantie vieren (alleen deze uitdrukking al!) wordt geassocieerd, is volstrekt onterecht: vakantie is namelijk zeer ongezond. Lichamelijk en psychisch.

Hoeveel 'vakantievierders' zijn niet in levensgevaar gebracht vanwege fietstochten over prachtige Spaanse heuvelen waar de ongetrainde, en dientengevolge verstopte, coronairvaten moeite mee bleken te hebben? Of anders de ijle Zwitserse lucht die net iets te weinig zuurstof bleek te bevatten voor de, vanwege het roken, door koolmonoxide amechtig geworden erythrocyten? Psychisch is het niet anders: wankele huwelijken spatten uiteen zodra het echtelijk bed voor de slaapzak wordt verruild; sluimerende depressies komen tot volle wasdom vanwege de abrupte overgang van het geordende bestaan naar de ongemiteerde chaos van het vakantieparadijs; menig beginnende dementie komt boven water door de verwarring die de onbekendheid van het tijdelijke huurhuisje induceert.

Ondanks deze jaarlijkse terugkerende golf van gezondheidsrisico's bestaat vrijwel geen onderzoek naar de nadelige effecten van vakantie. Ongetwijfeld omdat het een politiek incorrect onderwerp is, maar ik voorspel dat afschaffen van vakantie meer voordelen heeft dan nu wordt verondersteld. Laten we in ieder geval beginnen er niet meer over te spreken.

René Kahn,
psychiater

SAMENVATTING

- De overplaatsing van patiënten van ziekenhuis naar revalidatiecentrum, maar ook naar andere ontslagbestemmingen, behoort gepaard te gaan met een adequate medische overdracht.
- In de praktijk ontbreekt deze informatieoverdracht echter vaak.
- De medische overdracht bij opnames in het Revalidatiecentrum Amsterdam is geanalyseerd. De resultaten bevestigen het bestaan van een lacune in informatieverschaffing.
- In sommige gevallen kan dit ernstige gevolgen voor de patiënt hebben.

Correctheid: van de 309 opgenomen patiënten hadden er 177 bij hun overplaatsing twee of meer (range 2-5) medicatielijsten meekregen. Deze lijsten kwamen van artsen, apotheek en/of verpleegkundigen. Hierbij was er in 103 gevallen (58%) sprake van discrepantie tussen de medicatielijsten.


Voor een analyse zijn deze discrepanties ingedeeld in drie groepen:

1. discrepantie die zeer waarschijnlijk niet tot gevaar voor de patiënt leidt;
2. discrepantie met mogelijk gevaar voor de patiënt;
3. discrepantie potentieel leidend tot snelle heropname in het ziekenhuis.

Van de 103 cases met een of meer discrepanties in de medicatielijsten is 44 (43%) beoordeeld als zeer waarschijnlijk ongevaarlijk (groep 1); 46 (45%) als mogelijk gevaarlijk (groep 2); en 13 (13%) als potentieel ernstig (groep 3) (zie tabel).

Verwachtingen

Dit onderzoek bevestigt dat de medische overdracht bij overplaatsing van een patiënt van ziekenhuis naar revalidatiecentrum nogal eens ontbreekt, onvolledig is of niet correct. Uit de analyse blijkt dat niet een bepaald ziekenhuis of discipline verantwoordelijk is voor deze lacune in informatieverschaffing. De oorzaak van het probleem lijkt dan ook niet direct bij de individuele hulpverlener te liggen.

Mede naar aanleiding van de onderzoeken van TNS NIPO wordt in diverse sectoren gewerkt aan het vereenvoudigen en verbeteren van de medische informatieoverdracht.^{1 2} Bijvoorbeeld door het protocolleren van informatievoorziening tijdens overdrachten in de zorgketens. Ook zijn de verwachtingen hooggespannen over het elektronisch patiëntendossier (EPD), dat in sommige settings al regionaal in gebruik is. Intensievere samenwerking met de apotheken is ook een optie. Door gebruik te maken van de computersystemen van de apotheken, en niet meer van de 'foutgevoelige' handgeschreven medicatielijsten, treden waarschijnlijk minder fouten op. Het protocolleren en gebruikmaken van computersystemen levert bovendien veel tijdsbesparing op; artsen zullen onderling minder telefonisch contact nodig hebben om onvolledigheden of onduidelijkheden op te helderen. Op verscheidene locaties in Nederland zijn inmiddels projecten aan de gang in het kader van 'Sneller Beter' om fouten tijdens de medische overdracht te reduceren. 

Literatuur

1. Rapport TNS NIPO. Patiënten over fouten in medische informatieoverdracht. December 2003.
2. Rapport TNS NIPO. Fouten worden duur betaald. Februari 2004.
3. Kripalani S, LeFevre F, Philips CO et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA* 2007; 8: 831-41.
4. Lankhorst GJ, Becher J, Koppe P. De indicatie voor revalidatie: uitgangspunten voor een gemeenschappelijk beleid. *Medisch Contact* 1992; 47 (48): 1427-9.
5. McMillan TE, Allan W, Black PN. Accuracy of information on medicines in hospital discharge summaries. *Internal Medicine Journal* 2006; 36: 221-5.