

PRISMA-ONDERZOEK LEGT RUIMTE VOOR VERBETERING BLOOT

Kankerzorg kan beter, blijkt uit analyse casussen

Uit twee onderzoeken in de regio Rijnmond/Westland blijkt dat de zorg voor patiënten met longkanker en ovariumkanker beter kan. Analyse van sterftegevallen en casussen van overleden patiënten brengt belangrijke behandelverschillen aan het licht.

Medisch specialisten in de regio Leiden/Den Haag wilden achterhalen door welke oorzaken sommige patiënten met longkanker na chirurgie sterven. En in de regio Rotterdam wilden medisch specialisten weten door welke oorzaken vrouwen met laagstadium ovariumcarcinoom, ondanks gunstige prognose, toch binnen vijf jaar overlijden (5-jaarsoverleving 65-100%). Om antwoorden op deze vragen te vinden maakten ze gebruik van de Prisma-systematiek (zie *kader*). Hierbij werden aan de hand van cijfers van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) casussen met een slechte afloop geselecteerd om te bespreken. Deze besprekingen werden begeleid door een commissie met zorgprofessionals uit de deelnemende ziekenhuizen en stonden onder leiding van een onafhankelijk voorzitter. Om het leereffect te vergroten waren bij de meeste bijeenkomsten, naast de betrokken medisch specialisten, ook artsen in opleiding, verpleegkundigen, paramedici en andere teamleden aanwezig. Na de bespreking stelde de commissie aanbevelingen voor verbeteracties op. Openheid en vertrouwen stonden centraal (*no blame or shame*); dat is een voorwaarde voor het ontwikkelen van een cultuur voor het beter en veiliger maken van de gezondheidszorg.

Prisma-longcarcinoom

Prisma-longcarcinoom voltrok zich in drie ziekenhuizen in de regio Leiden/Den Haag die longchirurgie uitvoeren. IKNL selecteerde uit de periode 2001-2011 acht patiënten die binnen dertig of negentig dagen na de operatie waren overleden of die een tweede operatie hadden ondergaan. De belangrijkste oorzaak van overlijden of van een tweede operatie bleek te liggen in

de foutieve selectie van patiënten. Dat leidde tot de conclusie dat 46 procent van de patiënten niet voor een operatie in aanmerking had moeten komen. Dit kwam enerzijds door onvolledige of ontbrekende recente (beeldvormende) diagnostiek. Anderzijds was de work-up voor operatie niet altijd volledig volgens de geldende richtlijn. Zo had soms voorafgaand aan de operatie geen fietsergometrisch onderzoek plaatsgevonden, hadden verschillende patiënten met cardiale problemen achteraf door een cardioloog of, bij kwetsbare ouderen, door een geriater moeten worden beoordeeld en was beeldvormend onderzoek ouder dan zes weken niet opnieuw verricht. Soms ontbrak een MRI terwijl dat achteraf nodig werd geacht.

Een andere oorzaak van overlijden of van een tweede operatie was dat bij 25 procent van de casussen de postoperatieve zorg

Casuïstiekbesprekingen leidden in drie ziekenhuizen tot verbetermaatregelen

buiten reguliere werktijden niet optimaal was. Te vroege overdracht van intensieve zorg naar de verpleegafdeling en de verpleegkundige bezetting speelden hierbij mogelijk een rol. De casuïstiekbesprekingen hebben in de drie ziekenhuizen tot verbetermaatregelen geleid. Zo worden momenteel alle hoog-risicopatiënten met cardiovasculaire en respiratoire voorgeschiedenis preoperatief besproken met de longarts, chirurg, cardioloog en anesthesioloog. Als de geriatrische screening van patiënten van 70 jaar en ouder kwetsbaarheid suggereert, wordt een geriater of een internist ouderenzorg geraadpleegd. Zijn de diagnostische beelden ouder dan zes weken dan worden nieuwe beelden gemaakt. Ziekenhuizen hebben een 'one stop shop'-spreekuur opgezet of bereiden dit voor. Dit spreekuur is bedoeld

PRISMA

Prisma (Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis) is afkomstig uit de chemische sector en vervolgens aangepast voor de zorgsector. Prisma staat voor het tijdig leren van (bijna-)incidenten of ongewenste uitkomsten. De methode bestaat uit een aantal stappen:

1. op basis van casuïstiek ontrafelen van ongewenste uitkomsten naar basisoorzaken,
2. classificeren van de basisoorzaken naar menselijke, organisatorische, technische en patiëntgerelateerde oorzaken en
3. vertalen van de geclassificeerde oorzaken naar effectieve verbetermaatregelen.

als kwaliteitscontrole voor de operatie van patiënten die van andere ziekenhuizen zijn verwezen voor een longchirurgische ingreep. Chirurg, longarts en anesthesioloog zien de verwezen patiënt op één dag waarbij de oncologieverpleegkundige de patiënt begeleidt. Op aanbeveling van de commissie hebben de ziekenhuizen, bijvoorbeeld de verpleegkundige bezetting aangepast om na de operatie het toezicht op de patiënt buiten reguliere werktijden te optimaliseren.

Prisma-ovariumcarcinoom

Voor Prisma-ovariumcarcinoom zijn in vijf ziekenhuizen in de regio Rotterdam in totaal 24 casussen besproken van vrouwen die in de periode 2003-2010 de diagnose laagstadium ovariumcarcinoom kregen en binnen vijf jaar na die diagnose waren overleden. Bij 75 procent van deze vrouwen had geen volledige stadiëring plaatsgevonden of ze hadden geen chemotherapie gekregen na onvolledige stadiëring. Bij enkele patiënten was dit een weloverwogen keuze vanwege comorbiditeit, matige conditie van de patiënt of wenste de patiënt geen chemotherapie. Echter, vaak ontbrak de argumentatie in het dossier en bleef de vraag onbeantwoord of volgens de richtlijn was gehandeld en of sterfte bij het volgen van de richtlijn te voorkomen was geweest. Tijdens de analyse constateerde de commissie knelpunten, waaronder onvoldoende kennis van de richtlijn bij een of meer behandelaren, geen gynaecologisch oncoloog bij het multidisciplinair overleg (mdo) en een te complexe operatie voor de betreffende operateur. De commissie sprak de verwachting uit dat nieuwe kwaliteitseisen – vastgelegd in de nota Organisatie Gynaecologisch Oncologische Zorg (2012) – helpen bij het oplossen van deze knelpunten. In de nota staat bijvoorbeeld dat een gynaecoloog-oncoloog bij het mdo aanwezig moet zijn en dat een gynaecoloog-oncoloog in de operatie participeert. Inmiddels zijn hierover ketenafspraken gemaakt. Een ander punt van aandacht is om de argumentatie van beslissingen in het patiëntendossier te vermelden.

Prisma-methode

suboptimale zorguitkomsten signaleren



begeleidingscommissie samenstellen + trainen
casussen selecteren



casusbespreking: basisoorzaken achterhalen



oorzakenbomen opstellen



resultaatbespreking: conclusies + verbeteracties opstellen



verbeteringen implementeren

Verder was de commissie van mening dat een stadiëringsoperatie niet zinvol is als bij voorbaat duidelijk is dat hieraan geen behandelconsequentie wordt verbonden; winst in kwaliteit van leven voor vrouwen met ovariumcarcinoom is hierdoor mogelijk. Behandelaren moeten deze overweging meenemen bij het opstellen van het behandelvoorstel tijdens een mdo. Het viel de commissie op dat 25 procent van de patiënten een relatief groot (>10 cm) mucineus adenocarcinoom had. Mogelijk beïnvloeden deze tumoren het risico op overlijden bij laagstadium ovariumcarcinoom en is een andere (adjuvante) therapie noodzakelijk. De commissie pleit daarom voor aanvullend onderzoek.

Verdieping

In 2015 starten zes (clusters van) ziekenhuizen, verspreid over Nederland een nieuwe Prisma-analyse op gebied van ovariumcarcinoom. Dit project is een verdieping van het eerdere Prisma-ovariumcarcinoom, aangezien incomplete stadiëring een breder issue blijkt te zijn. Uit de landelijke richtlijnevaluatie ovariumcarcinoom (IKNL, 2013) is gebleken dat 35 procent van de patiënten met laagstadium ovariumcarcinoom niet compleet wordt gestadieerd. Met de nieuwe Prisma-analyse streven de ziekenhuizen, met ondersteuning van IKNL, naar het achterhalen van de oorzaken van incomplete stadiëring om de zorg voor deze patiënten verder te verbeteren. ■

Met dank aan alle professionals en organisaties betrokken bij Prisma-longcarcinoom en Prisma-ovariumcarcinoom.

contact

e.vanrooij@iknl.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld