

Dit artikel verschijnt op verzoek van de inspectie, na een calamiteit in het betreffende ziekenhuis. De auteur is bij de redactie bekend.

CENTRALISATIE KAN TEN KOSTE GAAN VAN PATIËNTENZORG

# Tweede locatie moet net zo veilig zijn

Veel ziekenhuizen bestaan tegenwoordig uit meerdere vestigingen. Acute zorg is dan niet permanent op elke locatie aanwezig. Dat vraagt om een goed doortimmerd protocol, wil de patiëntveiligheid niet in gevaar komen. In deze casus ging het mis.



GETTY IMAGES

**P**atiënten kunnen tijdens een ziekenhuisverblijf complicaties krijgen of om andere redenen acuut verslechteren. Het tijdig herkennen en ingrijpen is bepalend voor het verdere beloop. Wanneer vitale functies acuut wegvallen, is het oproepen van een reanimatieteam evident en noodzakelijk. Maar als de patiënt geleidelijk vitaal bedreigd wordt, is het inroepen van hulp en het moment waarop dat moet gebeuren, niet altijd gemakkelijk te bepalen. In dergelijke situaties is een geprotocolleerde aanpak vereist om adequate hulp te kunnen bieden.

Door fusies van ziekenhuizen of door het wegvallen van de Spoedeisende Hulp en/of of medium care/intensive care, zijn er tegenwoordig ziekenhuizen of locaties van ziekenhuizen waar buiten kantooruren geen acute zorg – in de oorspronkelijke vorm – meer aanwezig is. Ook hier kan onverwacht acute zorg nodig zijn. De continuïteit van patiëntenzorg moet dan ook op alle locaties van een ziekenhuis gewaarborgd blijven.

## Calamiteit

De volgende casus illustreert bovenstaande situatie. Naar aanleiding van een calamiteitsmelding heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg ons verzocht deze casus en de problematiek rondom deze casus met de aanbevelingen te publiceren. De casus speelt zich af in een groot STZ-ziekenhuis (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen) met twee locaties.

*Een 79-jarige patiënte ondergaat een laparotomische sacropexie, die ongecompliceerd verlopen lijkt te zijn. De ingreep vindt plaats op de locatie waar planbare en laagcomplex zorg geconcentreerd is. Aanvankelijk herstelt zij vlot en zou ze op de tweede dag na de operatie naar huis kunnen gaan. In verband met de thuissituatie blijft ze een dag langer klinisch opgenomen. In de loop van de avond van de tweede dag postoperatief ontwikkelt*

*de patiënte buikpijn, waarvoor na telefonisch overleg tussen verpleging en dienstdoende arts-assistent – aanwezig op de hoofdlocatie – pijnmedicatie wordt afgesproken.*

*De volgende ochtend, zaterdagochtend, loopt de*

## Early Warning Score werd niet consequent ingevoerd

*dienstdoende gynaecoloog per abuis geen visite. Er is wel telefonisch overleg tussen verpleging en dienstdoende arts-assistent over een thuisrecept voor de patiënte en het plan is dat mevrouw de volgende dag (zondag) echt naar huis zal gaan. 's Avonds kijkt de escalatiearts de patiënte tot tweemaal toe uitgebreid na in verband met de buikkachten; alle bevindingen lijken geruststellend te zijn. De volgende ochtend (vierde dag postoperatief) voelt de patiënte zich helemaal niet lekker. Er wordt besloten haar over te plaatsen naar de coronary-care unit (CCU) op de hoofdlocatie in verband met atriumfibrilleren. Na overplaatsing blijkt de patiënte ernstig ziek; er is sprake van een septische-shockbeeld en onder verdenking van een darmperforatie wordt een spoedlaparotomie verricht. De darmperforatie wordt bevestigd en overhecht. In slechte conditie wordt de patiënte postoperatief opgenomen op de ic, waar ze een dag later overlijdt.*

Deze casus is als calamiteit aangemeld bij de raad van bestuur, waarna een onderzoek is ingesteld door de calamiteitencommissie van het ziekenhuis en melding is gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

## Escalatieteam

In geval van een acute situatie op de locatie zonder SEH en medium care/intensive care, wordt teruggevallen op het Spoed Interventie Systeem (SIS) in de vorm van een escalatieteam. Dit systeem heeft het doel om vitaal bedreigde patiënten vaker en vroeger te herkennen, de communicatie hierover te verbeteren en vroegere (directe) behandeling te bewerkstelligen, zodat verdere ontsparing waar mogelijk kan worden voorkomen of beperkt.

Of er sprake is van een escalerende patiënt – een patiënt die achteruitgaat en mogelijk ‘at risk’ is – wordt beoordeeld aan de hand van de Early Warning Score (EWS) en tevens de klinische indruk die verpleging en arts vormen. EWS is gebaseerd op de registratie van een aantal vitale parameters: bloeddruk, pols, ademhalingsfrequentie, zuurstofsaturatie, bewustzijn, temperatuur en urineproductie. Uit de studie van Ludikhuize e.a. blijkt dat het routinematig controleren van deze vitale parameters helpt bij het identificeren van patiënten bij wie een *adverse event* gaat optreden.<sup>1</sup> Aan de hand van deze eenvoudige en snel bedside te meten vitale parameters scoort de patiënt een kleur. Als de patiënt groen scoort, wordt de kans op belangrijke problemen of verslechtering gering geacht. Als de patiënt oranje scoort, kan – en zal vaak – de kans op belangrijke problemen toegenomen zijn. Dit is dus óók een fase van ‘voorkomen is beter dan genezen’. Als de patiënt rood scoort, wordt in dit zeldzame geval het risico zo hoog geacht dat direct ingrijpen noodzakelijk is om verdere verslechtering te voorkomen.

## Terugkoppeling

Signalering door EWS wordt teruggekoppeld aan de hoofdbehandelaar. Als die niet aanwezig is, wordt teruggevallen op het escalatieteam. Het escalatieteam bestaat binnen kantooruren uit een anesthesioloog en anesthesieverpleegkundige, en buiten kantooruren uit een medicus, een gespecialiseerde verpleegkundige, een afdelingsverpleegkundige en een medewerker van de beveiliging. De escalatiearts is een arts-assistent (niet) in opleiding, die voldoet aan het gestelde competentieprofiel. Deze arts heeft ervaring met de eerste herkenning en opvang van acuut vitaal bedreigde patiënten met uiteenlopende pathologie en heeft een aantal verplichte cursussen gevolgd, waaronder een ABCDE-training, *advanced life support* (ALS), ecg en intubatie. De escalatiearts is teamleider van het escalatieteam. Er is een escalatieprotocol van kracht, waarin beschreven staat welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden

## NOG BEDANKT

Chocola, taart en koekjes, de verpleegkundigenpost staat er altijd vol mee. Het zijn stuk voor stuk bedankjes van tevreden patiënten en familie. Op de artsenkamer is daarentegen nog geen droog kaakje te vinden. Waar gaat het mis? Heel even heb ik de verpleging ervan verdacht te hamsteren en ook het lekkers dat (mede) voor ons bedoeld is achterover te drukken. Maar dat blijkt natuurlijk niet het geval.

Laatst lag ik zelf een tijdje in het ziekenhuis. Misschien zou dat een standaard onderdeel van de opleiding moeten worden. Want ik heb van alles geleerd. Bijvoorbeeld dat kartonnen bekkentjes misschien handig zijn om dingen in te bewaren, maar compleet ongeschikt om in te braken. Een vochtbalans op een meerpersoonskamer grenst aan patiëntmishandeling en is bovendien nog onbetrouwbaarder dan ik dacht. En ten slotte, de zusters in rok zijn significant strenger dan die in broek. Maar alle zusters, hoe druk ze het ook hebben, zijn even aardig.

Dat geldt overigens ook voor de dokters. Elke dag komt er een groepje witte jassen langs, wisselend van samenstelling. Aan het eind van mijn opname begrijp ik nog niet wie welke functie heeft en wie mijn behandelaar is. Maar ze zijn deskundig en nemen alle tijd. Toch ben ik vergeten te vragen of die vochtbalans niet gestopt kan worden. Na de visite komt de zuster in rok nog even terug, ze heeft het al geregeld.

Toen ik naar huis mocht liet ik uiteraard een bedankkaartje en wat lekkers achter. Pas als ik thuis de deur achter me dicht trek, realiseer ik het me. Helemaal vergeten de dokters te bedanken...

**Eva Vogel**  
aios interne geneeskunde

een escalatiearts heeft. Een escalatiearts dient bij elke consultatie contact op te nemen met de behandelend of dienstdoende specialist.

### Verre van optimaal

De calamiteitencommissie heeft de beschreven casus met helaas fatale afloop grondig onderzocht en heeft geen aanwijzingen gevonden voor technisch medisch falen als oorzaak. Uit het rapport komt naar voren dat een aantal aspecten verre van optimaal verlopen zijn:

- EWS werd niet consequent ingevoerd. De verpleging kreeg specifieke opdrachten, zoals 'houd patiënte goed in de gaten' in plaats van de opdracht welke parameters in welke periode gecontroleerd moesten worden en wanneer er terugkoppeling moest plaatsvinden.
- De escalatiearts werd wel ingeschakeld, maar de hoofdbehandelaar werd hiervan niet op de hoogte gesteld. In het protocol is opgenomen dat de escalatiearts altijd moet overleggen met de hoofdbehandelaar.
- Het feit dat de dienstdoende gynaecoloog – of diens back-up in geval van drukte op de hoofdlocatie – geen visite heeft gelopen op de bewuste zaterdag, is niet conform de geldende afspraken.
- De patiënte is zonder begeleiding van een medicus vervoerd naar de hoofdlocatie. Het protocol is verder aangescherpt, zodanig dat escalatiepatiënten met EWS oranje of rood altijd vervoerd moeten worden onder medische begeleiding en er vindt overleg plaats met de intensivist. De intensivist adviseert onder welke voorwaarden (bijvoorbeeld infuus, welke begeleiding, waar opvang op de hoofdlocatie) vervoer plaatsvindt. Deze patiënten worden op de SEH van de hoofdlocatie gepresenteerd, tenzij de intensivist anders adviseert.

### Aanscherpen

Behalve het aanscherpen van het escalatieprotocol, hebben het ziekenhuis en de maatschap gynaecologie de volgende verbetermaatregelen genomen naar aanleiding van deze calamiteit:

- Aanscherpen van de overdracht van patiënten, met name van diegenen die niet op de hoofdlocatie opgenomen zijn. Dagelijks wordt door de hoofdbehandelaar visite gelopen op deze locatie – ook in het weekend.
- Onderzoeksfaciliteiten op locatie in avond, nacht, weekend en op feestdagen zijn uitgebreid.
- Het inwerkprogramma van arts-assistenten moet zo worden opgesteld dat er een prominente plaats is voor de werkprocessen op de andere locatie.

### Veilige zorg

We kunnen ons de volgende vragen stellen: was de afloop anders geweest als de patiënte was opgenomen op hoofdlocatie? Is het verantwoord om postoperatieve patiënten op te nemen op een locatie waar geen acute zorg in de oorspronkelijke vorm aanwezig is?

Een hoofdbehandelaar zal zijn aandacht met name richten op de locatie waar intensieve zorg, spoedeisende hulp en, in geval van een gynaecologische hoofdbehandelaar, de obstetrische zorg plaatsvindt.

Om toch veilige zorg te kunnen bieden op een tweede locatie zijn er strakke protocollen opgesteld en is er een escalatieteam ingericht. Het zou zo moeten zijn dat in geval van zorg voor de zieke patiënt, en zeker bij escalatie, alle betrokken personen zich houden aan de protocollen die hiervoor gelden. Op naleving hiervan zou periodiek onaangekondigd gecontroleerd kunnen worden. Daarnaast kan multidisciplinaire scholing in escalatiesituaties de betrokken zorgverleners meer zekerheid en routine bieden. ■

**contact**  
redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

**web**  
De voetnoot vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen)