

SEH PROJECT 2006 2007



Foto: Frank Muller

VOOR:

- Leidinggevenden en medisch coördinatoren op de SEH
- Maatschap chirurgie/traumatologie, orthopedie en radiologie
- Spoedeisende hulp-artsen (i.o.)
- Arts-assistenten die dienstdoen op de SEH

Bijna 80% van de claims op de Spoedeisende Hulp ontstaat door fouten in de diagnose en behandeling van fracturen en peesletsels. Dit heeft tussen 1993 en 2005 geleid tot een schadelast van ruim 2,3 miljoen euro. Om de oorzaken van deze en andere risico's te reduceren, heeft MediRisk de ziekenhuizen jarenlang aanbevelingen gedaan. Daarbij is veel vooruitgang geboekt, maar bepaalde risico's zijn blijven bestaan.

Om deze aan te pakken voert MediRisk dit najaar, mede op verzoek van de instellingen zelf, een aangescherpt beleid in. De SEH's dienen vangnetten in te bouwen om schaderisico's te voorkomen. Wordt hier niet per 1 januari 2007 aan voldaan, dan kunnen ziekenhuizen bij een schadeclaim hiervan financiële gevolgen ondervinden.

In juli heeft MediRisk dit project aangekondigd bij de Raad van Bestuur, ons formele aanspreekpunt en eindverantwoordelijke voor kwalite

teit en veiligheid binnen uw instelling. Maar bij de uitvoering van dit project zijn ook de leidinggevende en de medisch coördinator op de SEH, de maatschappen chirurgie/traumatologie, orthopedie en radiologie, spoedeisende hulp-artsen en arts-assistenten betrokken. U willen we uiteraard ook graag informeren: over de inhoud van het project en vooral wat dit betekent voor uw werk. **In deze projectnieuwsbrief leest u over de belangrijkste basisoorzaken van claims op de SEH en over de manier waarop MediRisk samen met u deze claims wil voorkomen.** We stellen het op prijs als de specialisten de arts-assistenten die vanuit hun maatschap dienstdoen op de SEH ook willen informeren over deze nieuwsbrief.

Dit project zal ongetwijfeld impact hebben op de ziekenhuispraktijk. Het doel is helder: een veiliger patiëntenzorg, leidend tot een meetbare claimreductie op de SEH. Dat doel is onze gezamenlijke inspanning zeker waard. Wij vertrouwen er dan ook op dat u actief in het project zult willen participeren en bedanken u voor uw medewerking.

GEEN BROKKEN BIJ BREUKEN

MediRisk stelt duidelijke eisen aan SEH's

'We zien dat de afdelingen Spoedeisende Hulp veel adviezen van MediRisk hebben opgepakt. Maar een paar essentiële punten zijn blijven liggen. De claims blijven komen en vormen een reëel probleem', aldus Bernadet Valentijn, senior riskmanager bij MediRisk.

Valentijn hoeft niet lang na te denken over het grootste knelpunt op de Spoedeisende Hulp. 'Dat zijn de onervaren arts-assistenten, die vaak als eersten de patiënten zien en zelfstandig kleinere trauma's beoordelen en behandelen. Op veel SEH's ontbreekt een vangnet om hun onervarenheid te compenseren. Het ontbreekt aan goede afspraken over gestructureerde supervisie en de dagelijkse patiëntenbesprekingen schieten er vaak bij in. Een ander probleem vormen de hiaten in de terugkoppeling tussen de radioloog en de chirurg en arts-assistent na de beoordeling van röntgenfoto's. Al met al gaan veel leer- en controlemomenten verloren.'

Gemiste fracturen

Dit vertaalt zich vooral in claims over gemiste en/of verkeerd behandelde fracturen en peesletsels. Maar op de SEH gebeurt toch veel meer? Valentijn: 'Zeker. Maar het zit 'm vooral in de kleinere trauma's. De grote trauma's gaan meestal naar de grote, hierop ingerichte ziekenhuizen. Over een andere belangrijke patiëntencategorie, de patiënten met buikklachten, zijn vaak wél sluitende supervisieafspraken gemaakt. Iedereen is zich ervan bewust dat een diagnosefout bij een buikpatiënt grote gevolgen kan hebben. Terwijl de claims laten zien dat een gemiste heup- of nekwerfverfractuur evengoed ernstige gevolgen kan hebben.'

Vangnet

MediRisk wil dat de ziekenhuizen een vangnet creëren voor deze risicovolle situaties. Bijvoorbeeld een dagelijkse röntgenbespreking mét de radioloog, heldere afspraken over supervisie, een dagelijkse patiëntenbespreking, eenduidige protocollen voor fracturen en peesletsels. 'Zo willen we snel en gestructureerd de kennis en vaardigheden van deze arts-assistenten op peil brengen. En controlemomenten inbouwen,' aldus Valentijn.

Aan de slag

Voor de zomer ontvangen de directies een aankondiging. Uiteraard informeert MediRisk ook de SEH-managers, de medische staf en de betrokken specialisten. In het najaar moeten de ziekenhuizen laten zien in hoeverre ze aan de criteria voldoen. MediRisk voert vervolgens verificatiebezoeken uit, ook om eventuele knelpunten in beeld te krijgen. Valentijn: 'Bestuur en directie van MediRisk zijn met de leden een strenger beleid overeengekomen. Als een ziekenhuis niet bereid blijkt tot aanpak van een duidelijk schaderisico, zal dit óf kunnen leiden tot een eigen risico voor deze categorie schadeclaims óf mogelijk zelfs gevolgen hebben voor de verzekeringspremie. Maar we vermoeden dat met name de vakgroepen chirurgie, orthopedie en radiologie actief aan de slag zullen gaan. Zo zijn bijvoorbeeld ook de Handletselkaart en het praktijkboek Handletsels, bedoeld om dezelfde schadecategorie aan te pakken, enthousiast ontvangen. Iedereen wil tenslotte goede zorg verlenen.'



Riskmanagers Bernadet Valentijn en Harry Brouwers voeren de verificatiebezoeken uit.

Circa 80% van de SEH-claims betreffen gemiste fracturen (diagnose) en behandeling fracturen en peesletsels. MediRisk heeft deze claimcategorie geanalyseerd en een risicoprofiel opgesteld. De belangrijkste basisoorzaken van deze claims zijn:

- A. onervarenheid van arts-assistenten op de SEH,
- B. ongestructureerde supervisie,
- C. onvoldoende terugkoppeling rond röntgenfoto's

Ook problemen rond de medische dossiervoering spelen mee in het ontstaan van claims. Voor een gerichte aanpak van deze oorzaken heeft MediRisk zeven vangnetcriteria geformuleerd.

Basisoorzaak A: onervaren arts-assistenten

De onervarenheid van de arts-assistenten op de SEH is van invloed op het ontstaan van claims, met name daar waar het gaat om de diagnostiek en behandeling van kleinere traumata. De volgende vangnetcriteria hebben als doel het snel en gestructureerd op peil brengen van deskundigheid en vaardigheden van de arts-

Invoering op de SEH-afdelingen

Half september 2006 ontvangt de Raad van Bestuur een digitale vragenlijst over de SEH. Hierin zijn de vangnetcriteria vertaald naar vragen. Met de antwoorden brengt het ziekenhuis in beeld in hoeverre de SEH-afdeling voldoet aan de vangnetcriteria. MediRisk heeft de Raad van Bestuur geadviseerd de vragenlijst te laten invullen door de medisch coördinator op de SEH. Tussen januari en augustus 2007 legt MediRisk **verificatiebezoeken** af aan alle SEH-afdelingen. Tijdens dit bezoek, dat kort tevoren wordt aangekondigd, gaat MediRisk in kort tijdsbestek (dagdeel) de actuele status van de implementatie van de vangnetcriteria na. De resultaten worden aan de gesprekspartner van die dag en aan de Raad van Bestuur teruggekoppeld. Om te weten hoe uw ziekenhuis ervoor staat ten opzichte van de overige verzekerden presenteert MediRisk de resultaten najaar 2007 in een (geanonimiseerde) benchmark.

VANGNETCRITERIA

assistent. Daarnaast dienen sommige vangnetten als controle op het handelen van de arts-assistent, opdat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft en de patiëntveiligheid hiermee wordt verhoogd.

Vangnetcriterium 1:

Inwerkprogramma arts-assistenten

- Er is een vastgelegd structureel inwerkprogramma voor alle arts-assistenten.
- Als onderdeel van het inwerkprogramma moet minimaal aandacht zijn voor:
 - hand- en polsletsel onderzoek (conform handleetselkaart en praktijkboek handleetsels)
 - basis hechttechnieken
 - beoordeling van foto's
 - opvang van acute traumata
 - idealiter wordt ook aandacht besteed aan de Ottawa ankele en knie rules
- Vastgelegd moet zijn welke functionaliteit eindverantwoordelijkheid draagt voor de bewaking en inrichting (bijstelling) van het inwerkprogramma

Vangnetcriterium 2:

Structureel onderwijs

- Structurele scholing dient te worden aangeboden aan alle arts-assistenten die op de SEH betrokken zijn, met name met betrekking tot de behandeling van peesletsels en fracturen.
- Scholing dient minimaal 1x per jaar plaats te vinden (zeker tijdens de inwerkperiode, maar ook daarna).
- Vastgelegd moet zijn welke functionaliteit daarvoor eindverantwoordelijkheid draagt.

Vangnetcriterium 3:

Protocollen/richtlijnen t.a.v. peesletsels en fracturen

- Er zijn protocollen/richtlijnen t.a.v. traumata waarover de vakgroepen consensus hebben bereikt, gebaseerd op de huidige stand van de wetenschap. Vanzelfsprekend zijn deze te allen tijde beschikbaar op de SEH.
- Afwijken van het protocol/de richtlijn is uiteraard mogelijk, mits

gemotiveerd gedocumenteerd in het medisch dossier en altijd na overleg met supervisor.

Vangnetcriterium 4:

Toetsing arts-assistenten

Wanneer arts-assistenten in het kader van hun opleiding reeds beoordeeld worden, hoeft dit uiteraard niet nogmaals plaats te vinden, mits daarmee wordt voldaan aan onderstaande vangnetcriteria. Voor het overige geldt:

- Evaluatie direct na de inwerkperiode.
- Minimaal twee keer per jaar een voortgangsgesprek + ontwikkelingsplan (outputcriteria).
- Beoordeling van alle arts-assistenten (al dan niet in opleiding).
- De arts-assistent wordt beoordeeld door de medisch specialist c.q. opleider.

Deze verantwoordelijkheid dient ook formeel te zijn vastgelegd.

e. Toetsingscriteria hebben minimaal betrekking op:

- Kennisniveau
- Vaardigheden
- Dossiervoering
- Communicatie

f. De uitkomsten van de beoordeling worden gedocumenteerd.

Vangnetcriterium 5:

Dossiercontrole

Veel van de patiënten op de SEH worden uitsluitend gezien door de arts-assistent, zonder verdere tussenkomst van de specialist. Een dossierbespreking dient ter controle van de resultaten van de medische beoordeling en het daarop ingezette beleid en kan daarnaast een bijdrage leveren aan de kwaliteit en/of opleiding van de arts-assistenten.

- Er vindt dagelijks dossiercontrole plaats (minimaal maandag t/m vrijdag, maar bij voorkeur ook in het weekend). Wanneer er geen controle in het weekend plaatsvindt dan dienen de dossiers op maandag besproken te worden.
- De controle vindt plaats in aanwezigheid van zowel de chirurg c.q. orthopedisch chirurg als de arts-

assistenten. Het moet herleidbaar zijn welke supervisor aanwezig dient te zijn.

- Beoordeling van traumaletsel door de arts-assistent is door de supervisor binnen 24 uur gecontroleerd.
- De bespreking wordt in het medisch dossier gedocumenteerd.

Getest en goedgekeurd

De vragenlijst en het verificatiebezoek zijn dit voorjaar getest. In drie pilotziekenhuizen met een SEH van verschillende omvang bleken de in de vragenlijst genoemde risico's zeer herkenbaar. De concrete benoeming ervan gaf vaak nét dat duwtje dat nodig is om echt werk te maken van de aanpak. Het verificatiebezoek bleek zinvol vanwege de deskundige uitwisseling met de auditoren van MediRisk over de concrete invulling.

Tevens heeft MediRisk de criteria en vragenlijst voorgelegd aan een Klankbordgroep met vertegenwoordigers vanuit de diverse betrokken geledingen: een chirurg met traumatologische achtergrond, een orthoeped, twee SEH-artsen, een SEH-leidinggevende en een radioloog. Met hun deskundige, praktijkgerichte commentaar heeft MediRisk het instrumentarium geoptimaliseerd.

Basisoorzaak B:

ongestructureerde supervisie

Het doel van supervisie is tweeledig: enerzijds als controlemechanisme, anderzijds als leer-/opleidingscomponent. De arts-assistent is gebaat bij een gestructureerde supervisie. Wanneer er duidelijke afspraken zijn geformuleerd, is de mate en vorm van supervisie minder afhankelijk van individuele inzichten/persoonlijke interpretaties. Eenduidige supervisieafspraken leiden tot waarborgen in de kwaliteit van zorg en een verhoogde patiëntveiligheid.

Vangnetcriterium 6:

Supervisie

- Formuleer eenduidige afspraken t.a.v. supervisie, rekening houdend met de competenties van de individuele arts-assistent. De afspraken worden vastgelegd. →

TIJDPAD

WAT KOMT ER OP U AF?

Half september 2006

digitale vragenlijst in de ziekenhuizen.

Retour: uiterlijk 1 december.

1 januari 2007

start verificatiebezoeken aan alle SEH-afdelingen.

1 januari 2007

invoering sanctiebeleid voor SEH-claims.

1 augustus 2007

afronding verificatiebezoeken.

najaar 2007

presentatie resultaten ziekenhuizen in benchmark.

Basisoorzaak C: onvoldoende terugkoppeling rond röntgenfoto's

Hiaten in de terugkoppeling van röntgenbeoordelingen vormen een duidelijk risico in het ontstaan van schade en claims op het gebied van fractures. Uit analyse blijkt dat radiologieverslagen niet altijd worden gelezen. Een gezamenlijke bespreking kan deze hiaten ondervangen. De bespreking dient ter controle op het initiële beoordelingsresultaat en kan daarnaast een bijdrage leveren aan de kwaliteiten en/of opleiding van de arts-assistenten. Anderzijds is het wenselijk om een systeem te ontwikkelen waarbij verplicht gecontroleerd wordt of de radiologieverslagen daadwerkelijk worden geëvalueerd door de behandelaar. (www.thelancet.com; Vol 367 February 4, 2006)

Vangnet criterium 7: Röntgenbeoordeling

a. Dagelijkse bespreking (minimaal maandag t/m vrijdag, bij voorkeur ook in het weekend). Wanneer er geen bespreking in het weekend kan plaatsvinden, dienen de

patiënten (foto's) op maandag besproken te worden.

- b. Bespreking in aanwezigheid van zowel een radioloog, chirurg c.q. orthopedisch chirurg en de arts-assistent (bij voorkeur degene die dienst had) is elementair. Het moet herleidbaar zijn welke supervisor aanwezig dient te zijn.
- c. Bespreking van alle SEH-foto's, ook van patiënten die zonder supervisie zijn behandeld en ontslagen. Leg vast wie verantwoordelijk is voor het verzamelen van de foto's (analoog of digitaal).
- d. Bespreking van de feiten vindt steeds plaats aan de hand van medische dossiers c.q. SEH-formulieren.
- e. Controle vindt plaats op het handelen van de arts-assistent (diagnostiek, de behandeling en de dossiervoering).
- f. Documenteer de afwegingen en de besluiten van de bespreking in het medisch dossier.
- g. Idealiter moeten alle formele beoordelingsresultaten verplicht ter kennis komen van de behandelaar(s).

Consequenties voor ziekenhuis

Om de eisen kracht bij te zetten, voert MediRisk op 1 januari 2007 een sanctiebeleid in. Ziekenhuizen met schadeclaims die zijn terug te voeren op het niet-invoeren van deze vangnetcriteria worden geconfronteerd met een eigen risico. Uiteraard wordt een eigen risico pas ingehouden als uit een case report van MediRisk, besproken met het ziekenhuis, blijkt dat een claim inderdaad te wijten valt aan niet ingevoerde vangnetcriteria.

Mocht een ziekenhuis serieuze nalatigheid vertonen in de doorvoering van vangnetcriteria, dan kan dit najaar 2007 input vormen voor een prolongatiebespreking met het bestuur van MediRisk. Het bestuur kan besluiten tot een tijdelijke premietoeslag.



Claimreconstructie

Patiënt, timmerman van beroep, komt na een valpartij van een trap op zijn pols terecht en meldt zich op de SEH, waar een arts-assistent een zware kneuzing constateert. Pas drie bezoeken en fotosessies later komt een traumatooloog in beeld die een luxatie van het os lunatum constateert. Hoe had dit voorkomen kunnen worden? En welke rol spelen de vangnetcriteria van MediRisk hierbij?

Lees verder in ons kwartaalblad Alert van september over de reconstructie van deze zaak, die tot een erkende claim leidde.

Voor vragen en opmerkingen:

Mail naar Bernadet Valentijn, senior riskmanager SEH bij MediRisk: b.valentijn@vvaa.nl
Of neem contact op via ons algemene e-mailadres: medirisk@vvaa.nl
of bel: 030 – 247 4810.

MediRisk