



Complicatieregistratie VRA

Vastgesteld: 9 augustus 2017 update februari 2020

Inhoud

Inleiding	3
Complicatieregistratie: decubitus.....	5
Complicatieregistratie: diepe veneuze trombose en longembolie	6
Complicatieregistratie: pneumonie	7
Complicatieregistratie: urineweginfectie	8
Complicatieregistratie: complicaties ten gevolge van invasieve verrichtingen.....	9
Addendum bij complicatieregistratie diepe veneuze trombose en longembolie	10

Inleiding

Definitie van complicatie

Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, die voor de gezondheid van de cliënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is, danwel er is sprake van onherstelbare schade (*Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd januari 2020*).

Bij een complicatie is **iets niet goed gegaan**, waardoor een cliënt schade heeft opgelopen. Deze schade is een onbedoeld of ongewenst gevolg van zorg. De schade is niet gekomen omdat er iets niet goed is gedaan in de zorg. De zorg **is goed gedaan** (er is bijvoorbeeld volgens de richtlijnen/professionele standaard gewerkt), maar heeft wel een onbedoelde of ongewenste uitkomst. Veel behandelingen zijn nu eenmaal niet zonder risico's. De schade kan tot gevolg hebben dat de cliënt opnieuw medisch behandeld moet worden. Er kan ook sprake zijn van onherstelbare schade. Complicaties kunnen inherent zijn aan de behandeling en behoren dan tot de aanvaardbare risico's voor de cliënt. Complicaties hebben geen betrekking op de kwaliteit van zorg. Complicaties kunnen ernstig of zelfs fataal zijn.

Uitgangspunten van complicatieregistratie

- Zo min mogelijk registratielast en zo veel mogelijk aansluiten bij bestaande systemen;
- alleen complicaties meten als er ook duidelijke en eenduidige definities voorhanden zijn waarmee eenduidig geregistreerd kan worden;
- uitsluitend complicaties die ontstaan tijdens revalidatiebehandeling worden geregistreerd; dus niet reeds aanwezige complicaties bij opname/start behandeling;
- er dient afgesproken te worden welke complicaties voor zowel de poliklinische als klinische fase en welke alleen voor de klinische fase geregistreerd worden.
- uitsluitend complicaties die noodzaken tot aanpassing van het medisch (be)handelen, worden geregistreerd.

Registratie van complicaties

Complicaties kunnen geregistreerd worden in een complicatieregistratiesysteem. Doel hiervan is de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Niet iedere registratie is een complicatieregistratie. Pas als specifieke complicaties en kenmerken van de patiënt/aandoening, van de behandeling en van de gevolgen voor de patiënt geregistreerd worden, is sprake van een complicatieregistratie. Deze factoren geven inzicht in de mate waarin bepaalde complicaties voorkomen en de omstandigheden waaronder ze zich voordoen. Dit biedt een handvat voor bespreking van risico's en mogelijke verbeteringen en biedt de mogelijkheid patiënten te informeren of voor te lichten.

Bespreking van complicaties

Ten minste één keer per jaar wordt in het vakgroepoverleg en in het opleidingsoverleg (indien van toepassing) aandacht geschonken aan alle voorgekomen complicaties.

Per vakgroep is een revalidatiearts verantwoordelijk voor de complicatieregistratie. Deze maakt op basis van alle complicatieregistratieformulieren jaarlijks een verslag. Dit wordt aan de vakgroep aangeboden ter bespreking. Daarop wordt een verbeterplan opgesteld als daar aanleiding voor is.

Bij de kwaliteitsvisitatie wordt gevraagd of er complicaties worden geregistreerd, geanalyseerd en besproken en of dit zo nodig leidt tot aantoonbare beleidsaanpassingen.

Te registreren complicaties

Door het VRA bestuur is een vijftal complicaties aangewezen die in ieder geval altijd geregistreerd dienen te worden:

- Decubitus
- Diep veneuze trombose (DVT) en longembolie (LE)
- Pneumonie
- Urineweginfecties (UWI)
- Complicaties t.g.v. invasieve verrichtingen

De operationalisatie van deze complicaties wordt op de volgende pagina's per complicatie beschreven.

Complicatieregistratie: decubitus

Definities

Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk, of druk in samenhang met schuifkracht.

Decubitus wordt ingedeeld in vier categorieën (I, II, III en IV).

Categorie I: Niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid. Intacte huid met niet-wegdrukbaar roodheid in een gelokaliseerd gebied meestal ter hoogte van een beenderig uitsteeksel. Er kan sprake zijn van een verkleuring van de huid, warmte, oedeem, verharding en pijn. Een donker gekleurde huid vertoont mogelijk geen zichtbare verkleuring.

Categorie II: Verlies van een deel van de huidlaag of blaar. Gedeeltelijk verlies van een laag van de lederhuid (dermis) waardoor een oppervlakkige open wond zichtbaar wordt met een rood, roze wondbodem, zonder wondbeslag. Kan er ook uitzien als een intacte of open/gescheurde, met vocht gevulde of met serum en bloed gevulde blaar.

Categorie III: Verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar). Verlies van de volledige huidlaag. Subcutaan vet kan zichtbaar zijn, maar bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn. Ondermijning of tunneling kunnen aanwezig zijn.

Categorie IV: Verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar). Verlies van een volledige weefsellaag met blootliggend bot, pezen of spieren. Een vervloeid wondbeslag of necrotische korst kan aanwezig zijn. Meestal is er sprake van ondermijning of tunneling. Categorie IV decubitus kan zich ook onder een intacte huid manifesteren.

Diagnose

De arts stelt de diagnose decubitus indien zich bij een patiënt op een voorkeursplaats voor decubitus (stuit, hiel, malleolus, tuber ischiadicum en trochanter major, achterhoofd) een niet-wegdrukbaar roodheid, bulla, excoriatie, of ulcus bevindt. Indien bij palpatie onder de oppervlakkige verschijnselen een weke zwelling wordt waargenomen of indien de huid paarsblauw verkleurd is, is er waarschijnlijk sprake van een onderhuidse necrose die de voorbode vormt van een (soms groot) ulcus. In geval van een ulcus duidt zwart weefsel op necrose, geel weefsel op fibrineus beslag of necrose en rood weefsel op granulatiweefsel.

Exclusie

- Decubitus categorie I.
- Decubitus welke reeds bij opname aanwezig was (of de opname indicatie vormt). Deze wordt wel geregistreerd bij de jaarlijkse prevalentie meting.
- Decubitus in de poliklinische fase.

Registratie als complicatie

Decubitus, ontstaan in de klinische fase, wordt geregistreerd in het complicatieregister waarbij er een onderscheid wordt gemaakt in de categorie II, III of IV.

Complicatieregistratie: diepe veneuze trombose en longembolie

Definities

- Diepe veneuze trombose (DVT): een bloedstolsel in het diepe veneuze systeem.
- Longembolie (LE): een (gedeeltelijke) afsluiting van een longslagader door een embolie waardoor een deel van de long niet of slechts gedeeltelijk van bloed kan worden voorzien.
- Veneuze trombo-embolie of veneus-trombotische embolie (VTE): een overkoepelend begrip dat zowel DVT als longembolie omvat.

Diagnose

DVT wordt door hulponderzoek vastgesteld, conform het protocol van desbetreffende instelling of ziekenhuis en bij voorkeur bevestigd door een longarts of internist.

LE wordt vastgesteld door hulponderzoek en/of longarts of internist

Voor een uitgebreide omschrijving van de diagnose: zie het addendum.

Exclusie

- Tromboflebitis of oppervlakkige veneuze trombose: een trombotisch proces in een oppervlakkige vene met verschijnselen van ontsteking.
- DVT of LE in de poliklinische fase.

Registratie als complicatie

DVT of LE, ontstaan in de klinische fase, wordt geregistreerd in het complicatieregister. De door hulponderzoek en/of genoemde specialist bevestigde DVT of LE geldt als te registreren complicatie.

Complicatieregistratie: pneumonie

Definities

Pneumonie is een acute symptomatische infectie van de lagere luchtwegen, waarbij op de thoraxfoto of middels ander aanvullend onderzoek een nieuw infiltraat wordt vastgesteld.

Diagnose

Een klinisch zieke patiënt¹ bij wie de volgende symptomen obligaat aanwezig moeten zijn (A):

- hoesten, al dan niet met opgeven sputum
- tachypnoe (> 25/min.)
- tachycardie (> 100/min.)
- verhoogde lichaamstemperatuur (> 38 graden)², met zweten en (vaak) rillerigheid

Tevens vaak aanwezig en ondersteunend voor de diagnose pneumonie (B):

- bemoeilijkte ademhaling, benauwd gevoel
- pijnlijk gevoel op de borst bij ademen, in de flanken of in de rug
- koude rillingen
- verwardheid

Verder zijn ondersteunend voor de diagnose:

Bevindingen bij specifiek lichamelijk onderzoek:

- crepitaties bij auscultatie van de longen
- demping bij percussie over de thorax

Bevindingen bij hulponderzoek:

- Thoraxfoto waarop infiltraat
- Laboratoriumonderzoek: verhoogde infectieparameters
- Bloedgasen (zuurstofsaturatie)

Indien een patiënt verschijnselen van een bovenste luchtweginfectie heeft maar zonder de genoemde symptomen onder A en/of B is er geen sprake van een pneumonie die als complicatie geregistreerd zou moeten worden.

N.B. Een uitzondering hierop moet gemaakt worden voor patiënten met een (hoge) dwarslaesie: deze patiënten kunnen een andere symptomatologie vertonen en sommige verschijnselen kunnen ontbreken (bijv. hoesten) terwijl er wel degelijk een pneumonie is.

Exclusie

- Pneumonie in de poliklinische fase.
- Bovenste luchtweginfectie.

Registratie als complicatie

Pneumonie, ontstaan in de klinische fase, wordt geregistreerd in het complicatieregister. Er is sprake van pneumonie indien op basis van aanvullend onderzoek de diagnose pneumonie wordt gesteld.

¹ klinisch ziek wil zeggen: weinig of geen eetlust, niet of nauwelijks actief. Patiënt zit of ligt het liefst, heeft geen zin om veel te praten, heeft geen zin om iets te doen, heeft weinig interesse voor bijv. de tv, slaapt en dut overdag veel. Soms koortsdromen.

² soms ontwikkelen patiënten met een acute ziekte ondertemperatuur (< 35); indien er geen andere verklaring voor is, moet dit als een teken van infectie opgevat worden.

Complicatieregistratie: urineweginfectie

Definities

Een urineweginfectie (UWI) is een symptomatische infectie van de urinewegen waarbij in de urine bacteriën worden aangetoond en de patiënt klachten of ziekteverschijnselen heeft.

Diagnose

Het betreft een patiënt met klachten of ziekteverschijnselen³ zoals:

1. Strangurie (pijnlijke, bemoeilijkte mictie)
2. Dysurie (pijn bij de mictie)
3. Pollakisurie (verhoogde frequentie van lozing van [vaak kleine] porties urine)
4. verhoogde lichaamstemperatuur (> 37 graden)

Tevens vaak aanwezig en ondersteunend voor de diagnose UWI:

1. foetor van de urine
2. troebele urine
3. buikpijn of pijn in de flank
4. loze aandrang
5. incontinentie

Verder zijn ondersteunend voor de diagnose UWI:

- afwezigheid van andere verklaringen voor de klachten zoals een lokale infectie (SOA, genitale mycose).

Indien op klinische gronden de indicatie voor het geven van antibiotica wordt gesteld is er sprake van een UWI in de zin zoals bedoeld wordt voor de complicatieregistratie.

NB bij patiënten met een (hoge) dwarslaesie kan de symptomatologie anders, minder uitgesproken zijn. Hier is herkenning op basis van de klinische verschijnselen vaak nog lastiger.

Hulponderzoek: urine onderzoek: bacteriurie: aangetoond bij positieve nitriettest, dipslide met ten minste 10^4 kolonievormende eenheden per milliliter (kve/ml) of kweek met ten minste 10^5 kve/ml.

Exclusie

- Indien er sprake is van een patiënt met een asymptomatische bacteriurie, dus zonder klachten of ziekteverschijnselen, wordt deze in het kader van de complicatieregistratie, **niet** als UWI aangemerkt.
- UWI in de poliklinische fase.

Registratie als complicatie

Urineweginfectie, ontstaan in de klinische fase, wordt geregistreerd in het complicatieregister. Er is sprake van een UWI indien er op basis van het klinisch beeld en eventueel hulponderzoek de diagnose urineweginfectie wordt gesteld **en** deze wordt behandeld met antibiotica.

³ Indien er sprake is van een patiënt met een asymptomatische bacteriurie, dus zonder klachten of ziekteverschijnselen, wordt deze in het kader van de complicatieregistratie, **niet** als uwi aangemerkt.

Complicatieregistratie: complicaties ten gevolge van invasieve verrichtingen

Definities

Een **invasieve verrichting** is een methode waarbij men met apparatuur of anderszins in het te behandelen of te onderzoeken lichaam binnendringt. Het kan gaan om de volgende typen verrichtingen:

- Injectie en infiltratie:
 - Intra- en peri-articulair
 - Intrabursaal
 - Peesaanhechting
 - Intramusculair:
 - Botulinetoxine
 - Perineuraal:
 - Fenol
 - Overig
- Puncties
- Darmspoelen
- Katheterisatie urinewegen
- Uitzuigen luchtwegen
- Maagsonde
- Vullen en doseren van een intrathecale baclofenpomp

Diagnose

Vaststelling van een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand die veroorzaakt wordt door of direct gerelateerd is aan de invasieve verrichting en die leidt tot wijziging van het beleid, aanvullende behandeling van de patiënt of tot schade aan de patiënt.

Exclusie

- Bekende, bij de verrichting passende en veel voorkomende verschijnselen, zoals lichte pijn na een schouderinjectie, lichte spierpijn of griepachtige verschijnselen na een botulinetoxinebehandeling, tijdelijke branderige pijn na een fenolinjectie, tijdelijke branderige pijn na een katheterisatie, e.d.

Registratie als complicatie

Complicaties ten gevolge van invasieve verrichtingen, ontstaan in de poliklinische of klinische fase, worden geregistreerd in het complicatieregister.

Addendum bij complicatieregistratie diepe veneuze trombose en longembolie

Anamnese

- een LE bij klachten als (sub)acute dyspneu, pijn op de borst of pijn vastzittend aan de ademhaling, prikkelhoest, hemoptoë;
- een DVT bij klachten als een pijnlijk, gezwollen (onder)been soms met roodheid of uitgezette venen;
- ontstaanswijze, acuut of geleidelijk begin, duur en beloop van de klachten;
- koorts;
- risicofactoren: eerder DVT of longembolie, oestrogeengebruik (anticonceptie en hormoonsuppletie), maligniteiten, recent trauma van het been, operatie, zwangerschap of kraamperiode, immobilisatie, reizen, bekende trombofilie of stollingsproblemen in de familie.

Verder zijn ondersteunend voor de diagnose bevindingen bij specifiek lichamelijk onderzoek:

Bij klachten die wijzen op longembolie

- meet bloeddruk, zuurstofsaturatie (indien beschikbaar) en temperatuur;
- bepaal pols- en ademhalingsfrequentie;
- ausculteer longen, let op pleurawrijven;
- inspecteer *beide* benen op aanwijzingen voor DVT (zie onder).

Bij klachten die wijzen op DVT

- inspecteer *beide* benen en let op links-rechtsverschillen:
- kleurverschil van de huid en oedeem;
- uitgezette niet-variceuze venen bij een liggende patiënt;
- palpeer het aangedane been: drukpijn over het verloop van een vene en/of diep in de kuit;
- meet de temperatuur en beiderzijds de maximale kuitomvang in centimeters.

Risicoschatting

- Bepaal de risicoscore volgens de beslisregels longembolie of DVT.
- Bij een niet-verhoogde risicoscore (zie Evaluatie): bepaal D-dimeer en beoordeel de uitslag dezelfde dag.
- Een D-dimeerbepaling wordt *altijd* gebruikt in combinatie met een klinische beslisregel.
- Gebruik de beslisregels *niet* bij zwangeren, in de kraamperiode, bij klachten > 30 dagen en bij anticoagulantiagebruik (verwijsindicaties) of bij spoedeisende bevindingen (volg ABCDE-benadering).

Beslisregel Longembolie

1.	Klinische tekenen van trombosebeen (ten minste zwelling en pijn bij palpatie)	3
2.	Longembolie waarschijnlijker dan alternatieve diagnose	3
3.	Hartfrequentie hoger dan 100/min	1,5
4.	Immobilisatie (ten minste 3 dagen) of operatie in 4 voorafgaande weken	1,5
5.	DVT of longembolie in voorgeschiedenis	1,5
6.	Hemoptoë	1
7.	Maligniteit (tot 6 maanden na laatste behandeling, of tijdens palliatie)	1

Beslisregel DVT

1.	Mannelijk geslacht	1
2.	Gebruik systemische oestrogenen (zoals anticonceptiepil, hormoonring/pleister) of prikpil15	1
3.	Aanwezigheid maligniteit	1
4.	Operatie ondergaan in de laatste maand	1
5.	Afwezigheid van trauma dat zwelling in kuit verklaart	1
6.	Uitgezette venen van het been	1
7.	Verskil maximale kuitomvang ≥ 3 cm	2

Evaluatie

Longembolie

- Risicoscore longembolie niet verhoogd (≤ 4) én D-dimeer negatief of normaal: longembolie voldoende uitgesloten.
- Risicoscore longembolie verhoogd ($\geq 4,5$) óf D-dimeer positief of verhoogd: risico op longembolie verhoogd; verwijs direct naar internist of longarts.

DVT

- Risicoscore DVT niet verhoogd (≤ 3) én D-dimeer negatief of normaal: DVT voldoende uitgesloten.
- Risicoscore DVT verhoogd (≥ 4) óf D-dimeer positief of verhoogd: vraag dezelfde dag een 2-punts-compressie-echografie aan en vermeld hoe de radioloog de huisarts (of huisartsenpost) kan bereiken.
- Geef éénmalig een injectie laagmoleculairgewichtheparine-injecties (LMWH) als echografie niet op dezelfde dag kan worden verricht en zorg dat de echo de volgende dag wordt gemaakt.

Bevindingen bij hulponderzoek DVT

Echografie (bij voorkeur 2-puntscompressie-echografie)

- Maak bij een echografisch vastgestelde DVT onderscheid tussen idiopatische DVT en secundaire DVT (na recente operatie, recent beentrauma of recente immobilisatie, of tijdens oestrogeengebruik, zwangerschap of kraambed, of bij maligniteit).
- Overleg bij vermoeden recidief-DVT *in hetzelfde been* voorafgaand aan de echo met radioloog over de diagnostiek.
- Overweeg bij niet-afwijkende echo de mogelijkheid van een (geïsoleerde) bekkenvenetrombose en overleg met de radioloog over de diagnostiek daarvan.
- Herhaal bij negatieve 2-puntscompressie-echografie *bij aanhoudende klachten* de echo na 5 tot 7 dagen. Is deze wederom negatief, dan is DVT uitgesloten. Een niet-afwijkende echo van het hele been waarbij ook de kuitvenen zijn onderzocht hoeft niet te worden herhaald.

Bron: NHG standaard DVT / LE