

PRATEN OVER FOUTEN

Retrospectie draagt bij aan het voorkomen van medische missers

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

De afdeling Inwendige Geneeskunde van het AMC gooit gemaakte fouten in de groep. In een maandelijkse plenaire bespreking licht de betreffende arts zelf toe waar het misging.

G.E. LINTHORST
M.H. GODFRIED
J.B.L. HOEKSTRA

Openheid over fouten voorkomt herhaling en is bovendien leerzaam.^{1,2} Het is dan ook wezenlijk dat coassistenten en arts-assistenten zien dat hun supervisors het volkomen normaal vinden dat gemaakte fouten worden besproken.

Patiënten waarderen openheid over fouten.³ In een studie waarbij patiënten een aantal (verzonnen) casussen kregen voorgelegd waarin fouten waren gemaakt, gaven zij aan dat zij bij openheid over de gemaakte fouten minder snel geneigd waren om van behandelend arts te wisselen en minder snel juridische stappen zouden ondernemen.⁴

Op de afdeling Inwendige Geneeskunde van het AMC is twee jaar geleden gestart met een maandelijkse plenaire

FOUTEN IN SOORTEN EN MATEN

type fout (aantal besprekingen)	voorbeeld van casus
onzorgvuldig handelen (12)	Patiënt met een Hb van 4,0 voor gastroscopie laten gaan zonder dat transfusiebloed achter de hand is: patiënt raakt in een verbloedingsschok tijdens scopie.
onzorgvuldig lichamelijk onderzoek (2)	Gemiste volle blaas bij poliklinische patiënt, waardoor onnodige aanvullende beeldvormende diagnostiek.
onzorgvuldige overdracht (2)	Door slechte communicatie patiënt te vroeg ontslagen. Thuis diezelfde avond overleden.
onjuiste inschatting ernst (3)	Ernst van auto-intoxicatie onjuist ingeschat, patiënt overlijdt.
had diagnose eerder gesteld kunnen worden? (3)	Pancreascyste blijkt bij langdurige follow-up uiteindelijk carcinoom.
nagekomen uitslagen niet bekeken (2)	Gemiste positieve zwangerschapstest, uiteindelijk leidend tot late abortus.
juridische implicaties (2)	Patiënt komt niet opdagen op afspraak, waardoor uiteindelijk vertraagde diagnose maligniteit: wie is verantwoordelijk?
nieuw beleid (1)	Ten onrechte geen Parvo-B19-vrij bloed gegeven bij een immuuncompromitteerde patiënt.
labfout (1)	Onterechte diagnose hematologische maligniteit door monsterverwisseling.

De 28 retrospectieve besprekingen die de afgelopen twee jaar plaatsvonden op de afdeling Inwendige Geneeskunde van het AMC, ingedeeld naar het type fout dat werd besproken.

bespreking, waarin een gemaakte fout of een suboptimale handelwijze door de betrokken arts zelf wordt toegelicht, in het voltallige gezelschap van coassistenten, arts-assistenten en internisten.

REPUTATIESCHADE

Een groep van enkele stafleden, aangevuld met een aios, coördineert deze bespreking, waarvoor de naam 'in

De sfeer moet niet beschuldigend zijn

retrospectie' is bedacht. Zij worden geattendeerd op casuïstiek uit de kliniek en benaderen de betrokken artsen. Eén van hen zit de bijeenkomst voor. De persoon van de voorzitter is essentieel: hij moet een gerespecteerd clinicus zijn én een vertrouwenwekkende figuur; iemand

die vooral niet te snel klaarstaat met een scherp oordeel. De voorzitter bepaalt bij de bespreking voor een belangrijk deel de sfeer. Die sfeer moet niet beschuldigend, en dus beschadigend, zijn. Dreigende reputatieschade is immers de grootste hindernis voor dokters om zelf publiekelijk een fout of bijna-fout te bespreken.

De bijeenkomst vindt maandelijks plaats en is een vast onderdeel van de cyclus van voordrachten in aansluiting op de ochtendoverdracht. Alle coassistenten, aios en stafleden worden geacht aanwezig te zijn. Voorafgaand aan de bespreking benadrukt de voorzitter dat het er niet om gaat te veroordelen, maar te leren van het proces en te discussiëren over mogelijkheden voor verbetering. Vervolgens bespreekt de betrokken arts, aios of staflid, de casus. Als daar andere specialismen bij zijn betrokken, worden die ook uitgenodigd. Aan het eind van de bespreking benoemt de spreker de gemaakte fouten en mogelijke verbeterpunten, waarna een algemene discussie volgt over de casus onder leiding van de voorzitter. Hiernaast een voorbeeld van zo'n 'in retrospectie'-bespreking:

Een aios van de medium care neemt het voortouw en beschrijft wat er is gebeurd. Een patiënte met een Port-a-Cath in verband met chronische parenterale voeding wordt op de IC opgenomen met, naar later blijkt, een Candida-sepsis. Na een verblijf van drie dagen op de IC wordt zij overgeplaatst naar de medium care voor verder herstel. Hier verblijft zij twee dagen. Tijdens dit verblijf wordt de aios gebeld door de consulent infectieziekten: bij een Candida-sepsis is een oogheelkundige controle noodzakelijk. De betreffende aios schrijft dit in de medische status pro memoria op, maar voert het advies vooralsnog niet uit. Na twee dagen wordt de patiënte overgeplaatst naar de verpleegafdeling.

Vervolgens neemt het superviserende staflid van die verpleegafdeling de presentatie over. Bij de mondelinge overdracht is het nog te verrichten oogheelkundige onderzoek niet ter sprake gekomen. Gedurende de volgende twee weken vindt dit consult dan ook niet plaats. Twee weken na ontslag meldt >>

<< patiënte zich met een visusdaling, waarbij zij beiderzijds een endoftalmi-
tis blijkt te hebben op basis van candi-
diasis. Na oogheelkundige behandeling
resteert een ernstige visusdaling aan
het rechteroog (visus 1/60).

Tijdens de bespreking komen ver-
schillende zaken aan bod. Ook al is er
een aantekening in de status over de
wenselijkheid van oogheelkundige con-
trole, het was beter geweest als dit ook
mondeling bij overplaatsing van de
medium care naar de verpleegafdeling
was overgedragen. Echter, het nieuwe
behandelteam op de verpleegafdeling
draagt ook een eigen verantwoorde-
lijkheid. Vervolgens geeft de uitgeno-
digde oogarts aan dat er in Nederland
geen consensus is over het nut van
oogheelkundig screenen van patiënten
met een Candida-sepsis. Geconclu-
deerd wordt dat de onderlinge over-

De meeste fouten hebben betrekking
op onzorgvuldig medisch handelen (zie
tabel).

In een onlangs uitgevoerde enquête
onder aios en stafleden is gevraagd naar
hun ervaringen met deze bespreking. De
enquête werd beantwoord door 50 pro-
cent van de aios en stafleden. Zij von-
den de bespreking nuttig (gemiddelde
waardering: 7,9). Van de respondenten
gaf 83 procent aan zich kwetsbaar te voe-
len als presentator tijdens een dergelijke
bespreking. Echter, 95 procent van de
respondenten gaf aan de sfeer tijdens de
bespreking veilig te vinden. Gevraagd of
men zelf casuïstiek zou aandragen voor
deze bespreking, meldde 85 procent van
de respondenten dat inderdaad te doen.
Dit blijkt echter niet te stroken met de
praktijk. Nagenoeg alle besproken casu-
ïstiek is niet spontaan door betrokkenen
gemeld. Meestal hebben de organisato-

De drempel om zelf een casus aan te melden is nog hoog

dracht meer aandacht verdient, juist
ook de mondelinge. Besloten wordt om
samen met de afdeling Oogheelkunde
te bezien of er in het ziekenhuis niet
een standaard oogheelkundig beleid
moet komen voor patiënten met een
Candida-sepsis. Dit beleid zal zo
mogelijk in een protocol worden vast-
gelegd.

VEILIGE SFEER

In de afgelopen twee jaar hebben 28
besprekingen plaatsgevonden. Hiervan
zijn er primair 17 door aios en 11 door
stafleden gepresenteerd, soms ook geza-
menlijk en soms samen met een jurist of
iemand van een betrokken specialisme.

ren zelf het initiatief genomen voor het
bespreken van de betreffende casus en
de arts hiervoor benaderd. Klaarblijke-
lijk is men desgevraagd wel bereid om
een casus te presenteren, maar de drem-
pel om zelf een casus aan te melden ligt
hoog.

PATIËNTEN

'In retrospectie'-besprekingen zijn zeer
waardevol om coassistenten en aios te
leren dat fouten bespreekbaar moeten
zijn. Voor stafleden lijkt de bespreking
overigens net zo nuttig.

De tijd is rijp om niet alleen maar
te lezen over fouten in de overvloedige
literatuur, maar ze ook op de werkvloer

SAMENVATTING

- De afdeling Inwendige Geneeskunde van het AMC houdt sinds twee jaar 'in retrospectie'-besprekingen.
- Op deze maandelijks plenaire bespreking van coassistenten, aios en stafleden wordt een fout of suboptimale handelwijze door de betrokken arts zelf toegelicht.
- Het doel is om meer openheid te creëren over het maken van fouten, zodat hiervan kan worden geleerd en een dergelijke fout in de toekomst is te voorkomen.

daadwerkelijk bespreekbaar te maken.^{5,6}
Misschien kan deze bespreking uiteinde-
lijk dan ook in het bijzijn van de patiën-
ten worden gevoerd.⁷ ■

dr. G.E. Linthorst,
aios interne geneeskunde

dr. M.H. Godfried,
internist

prof. dr. J.B.L. Hoekstra,
hoogleraar algemene inwendige geneeskunde

Allen werkzaam op de afdeling Inwendige Geneeskunde,
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Correspondentieadres: j.b.hoekstra@amc.uva.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Informatie over het bespreken van
fouten vindt u onder de digitale
versie van dit artikel op onze website:
www.medischcontact.nl.



Literatuur

1. Rohn LT, Donaldson MS, Corrigan JM. To err is human. Washington, National Academy Press, 1999.
2. EMGO Instituut/VUmc en Nivel. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht, 2007.
3. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA 2003; 289 (8): 1001-7.
4. Mazor KM, Simon SR, Yood RA et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. Ann Intern Med 2004; 140 (6): 409-18.
5. Bates DW, Gawande AA. Error in medicine: what have we learned? Ann Intern Med 2000; 132 (9): 763-7.
6. Giard RWM. Boekaankondigingen: The field guide to understanding human error. NTVG 2007; 151 (44): 2482.
7. Wachter RM, Shojania KG, Saint S, Markowitz AJ, Smith M. Learning from our mistakes: quality grand rounds, a new case-based series on medical errors and patient safety. Ann Intern Med 2002; 136 (11): 850-2.