

'Een arts die werkt

Misstappen, dwalingen en vergissingen zorgen in Nederlandse ziekenhuizen jaarlijks voor naar schatting 1.500 tot 6.000 vermijdbare sterfgevallen. Dat wil je als (beginnend) arts liever niet op je geweten hebben. Hoe zorg je voor een patiëntveilige omgeving in een cultuur waar professioneel een synoniem is van onfeilbaar? 'Ik ga niet naar mijn werk om fouten te maken, maar ik maak ze wel.' Rineke Wisman

Een 69-jarige vrouw stierf eind september nadat er brand uitbrak in een operatiekamer van het Almelose Twenteborg ziekenhuis. De vrouw was plaatselijk verdoofd met een ruggeprik en lag vastgesnoerd op de operatietafel om ongewenste bewegingen te voorkomen. Toen naast haar hoofd brand uitbrak, kon ze geen kant op. Het lukte het zeskoppige operatieteam niet de vrouw te redden.

Twee jaar geleden injecteerde kinderarts en neonatoloog

Harry Molendijk (Isala Klinieken Zwolle) per ongeluk prostaglandine bij een patiënt in plaats van prostacycline. Hij had twee ampullen bij zich voor twee patiënten. In de drukte vergiste hij zich, omdat 'de woorden zo op elkaar lijken'. De patiënt overleed nog diezelfde dag aan de gevolgen van zijn aangeboren afwijking. Molendijk: 'Een dag lang leefde ik in de veronderstelling dat hij door mijn schuld was omgekomen.'

In 2004 sloeg patiënt Herre Kingma na een zware chirurgische ingreep meteen alarm toen hij een infuus aan zijn bed hoorde piepen. Kingma is cardioloog en was inspecteur-generaal bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Nu geeft hij leiding aan het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente: 'Ik weet dat infusen op tijd moeten worden vervangen, maar ik denk niet dat iedere patiënt dat weet.'

Moraal van deze inleiding: fouten maken is menselijk. 'Iedere mens, dus ook iedere arts, maakt fouten. Een arts die geen fouten maakt, werkt niet', aldus Kingma. Patiëntveiligheid gaat over het voorkómen van onbedoelde schade aan de patiënt. 'In de geneeskunde heb je te maken met levende wezens, dus moet je heel erg je best doen om artsen tegen fouten te beschermen. Een tekenaar kan zijn werk verscheuren en opnieuw beginnen als het resultaat tegenvalt. Dat kan je als arts niet.'

Allereerst niet schaden

In de ziekenhuizen in de Verenigde Staten sterven jaarlijks onnodig 100.000 mensen.¹ De IGZ vertaalde deze cijfers naar de Nederlandse situatie en kwam uit op 1.500 tot 6.000 vermijdbare sterfgevallen in Nederland. 700 daarvan sterven door verkeerde medicatie.² 'Zonder veiligheid is er geen kwaliteit', zegt Kingma. 'Primum non nocere.'³ Voorop staat dat je de patiënt niet mag schaden. Dat is de onderkant van kwaliteit in de geneeskunde.' De brand in de operatiekamer van het Twenteborg wijst vol-

Prisma en Sire

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert twee methoden om incidenten en bijna-incidenten te analyseren: Prisma en Sire. Prisma staat voor **Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis**. De Prisma-methode vertaalt de basisoorzaken van een incident naar menselijke, technische en organisatorische faalfactoren.

Sire staat voor: **Systematische IncidentReconstructie en Evaluatie**. Sire wordt wereldwijd gebruikt om te leren van fouten in de gezondheidszorg. Het is een praktische methode om een incident te reconstrueren (wat is er gebeurd?), te evalueren (waarom is het gebeurd?) en de bijdrage van de betrokkenen in een juiste context te plaatsen. Zowel bij Prisma als bij Sire is het doel te komen tot maatregelen die herhaling van het incident voorkomen.

geen fouten maakt, niet'

gens Kingma, 'op de noodzaak om veiligheid op operatiekamers structureel te regelen'. Vermoedelijk ontstond de brand in de zuil van het anesthesieapparaat pal naast het hoofd van de patiënte. De vraag die direct rijst, is: was het apparaat wel in orde? Kingma benadrukt dat er meer te onderzoeken is dan alleen de machinerie. 'Je moet volledig de diepte in. Een *root cause analysis*. Werd het apparaat goed bediend? Was de patiënt gemakkelijk in veiligheid te brengen?' Als er te veel zwakke schakels in een keten zitten, kan het fatale gevolgen hebben. 'Je moet als ziekenhuis ook bestand zijn tegen een ongeluk', aldus Kingma.

Oog hebben voor kleine en bijna-incidenten helpt, denkt Harry Molendijk, kinderarts en neonatoloog. 'Ik ga niet naar mijn werk om fouten te maken, maar ik maak ze wel. En ik zie regelmatig dat anderen ook vergissingen en fouten maken.'

Hij denkt dat de hectische omgeving van een ziekenhuis - veel mensen, veel techniek en veel verschillende problemen - de kans op vergissingen behoorlijk vergroot. 'Spoedpatiënten, collega's die binnenwandelen, huisartsen die bellen met een vraag over een patiënt. Je hebt weinig tijd en veel interrupties.' Elke onderbreking is een risicomoment. 'Als je tijdens een uitleg aan een patiënt telefoon krijgt, is daarna de kans groot dat je iets vergeet. Dan denk je: waar was ik ook alweer gebleven?'

Taboe

Toen Molendijk vijf jaar geleden een neonatologiecongres in Amerika bezocht, stapte hij uit nieuwsgierigheid binnen bij een bijeenkomst over patiëntveiligheid. Geïnspireerd zette hij in 2002 op zijn eigen afdeling een meldsysteem op. Daar kunnen medewerkers vergissingen en fouten 'veilig' (*blame free*) melden. Het idee: meer kennis krijgen over wat er misgaat en het onderwerp - gemarkeerd als urgent - op de agenda krijgen.

Want patiëntveiligheid is - ondanks de duizenden onnodige sterfgevallen - in de meeste ziekenhuizen nog onvoldoende georganiseerd. Toen de gezondheidsinspectie het onderwerp in 2000 aankaartte, ontkenen veel grote partijen dat er een probleem was, aldus Herre Kingma.

Dat komt door de manier waarop de medische wereld met fouten omgaat, denkt Molendijk. 'Er heerste een sfeer van: dat lossen we onder elkaar wel op. Niet hetzelfde als een doofpot, maar het onderwerp was taboe. Er was een gebrek aan openheid.' Als er een keer iets misging, was de eerste reactie: weg van dat moment. Voor een goede arts-patiëntrelatie is het beter om naar dat moment toe te gaan: wat ging er mis? Had het voorkomen kunnen worden?'

De term 'medische misser' die de media graag gebruiken als fouten in de openheid komen, draagt niet bij aan een open

Veiligheid managen

'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet.'

Deze zin staat prominent op een bord voor de ingang van de Shell-raffinaderij in Pernis. Per 1 januari 2008 moet dat de norm zijn in alle Nederlandse ziekenhuizen. Bovenstaande zin is ook de titel van het advies dat de president-directeur van Shell, Rein Willems, eind 2004 aanbood aan de minister van Volksgezondheid. Shell werkt al meer dan tien jaar met een VeiligheidsManagementSysteem (VMS) om de veiligheid in alle werkprocessen te managen. Een goed VMS bestaat volgens Willems uit een risico-inventarisatie, een incidentenanalyse en een managementsysteem om verbeteracties te plannen en te monitoren. Ziekenhuisdirecties dragen zelf de eindverantwoordelijkheid over de veiligheid van patiënten. De exacte invulling van het VMS wordt aan de ziekenhuizen zelf overgelaten.

cultuur, benadrukt Molendijk: 'Een misser is een blunder. Daarvoor moet iemand zich schamen.' Hij zou de term graag vervangen zien door 'medisch ongeval'. Daar wordt het wat normaler van. 'Een ongeluk zit in een klein hoekje en kan ons allemaal overkomen. Een ongeval opent bovendien eerder de ogen om de oorzaak tijdig op te sporen.'

Roekeloos

Door de fout te zoeken en te definiëren kunnen zwakke schakels in de medische keten worden vervangen door sterke. Is het een verwijtbare fout of een systeemfout? Kingma: 'Er is een verschil tussen fouten die voortkomen uit routine van het vak en fouten die voortkomen uit roekeloos gedrag. De meeste fouten ontstaan niet door foute dokters, maar zijn systeemfouten die bijvoorbeeld ontstaan als procedures niet honderd procent oké zijn.' Een ziekenhuis in Vlissingen zette in 2002 het verkeerde been af bij een patiënt. 'Kennelijk is niet duidelijk aangegeven welk been eraf moest. Het geeft aan dat de procedure rammelt. Het is te makkelijk om de dokter of de verpleegkundige aan



◀ het einde van de medische keten de zwartepiet toe te spelen. Vooral omdat veel fouten systeemfouten zijn.'

Inmiddels is patiëntveiligheid structureel onderdeel van het curriculum op het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Volgens Molendijk besteden de centra in Amsterdam en Rotterdam incidenteel aandacht aan het onderwerp. Een aantal niet-academische ziekenhuizen zorgt voor voorlichting aan nieuw instromende arts-assistenten.

Het wordt hoog tijd dat alle opleidingen het op de agenda zetten, vindt Ian Leistikow, basisarts, coördinator en docent patiëntveiligheidsbeleid in Utrecht. 'Ik ben in 2000 afgestudeerd. Maar ik heb niet één keer gehoord dat ik betrokken kan raken bij een incident. Studenten reageren vaak geschokt als ze de cijfers horen: 700 sterfgevallen door verkeerde medicatie.' Leistikow laat studenten zien dat een ongeluk in een klein hoekje zit. 'Een aspirientje kan acuut nierfalen veroorzaken bij iemand met nierproblemen. Benzodiazepine is funest voor iemand met een leverkwaal.'

Patiëntveiligheid heeft volgens Leistikow alles te maken met de ziekenhuisomgeving. 'Als medicijnen op elkaar lijken, is de kans groot dat je het verkeerde pakt. Als van de vijf knopjes op een infuuspomp één knopje naar links moet draaien in plaats van rechts, is de kans groot dat je het verkeerd doet. We moeten niet de mensen, maar de omgeving verbeteren. Als je alleen maar denkt 'ik moet de volgende keer beter opletten', is de kans groot dat je opnieuw fouten maakt.' Dus die afwijkende infuuspomp moet uit het assortiment en weg met verpakkingen die op elkaar lijken. 'Kijken naar de apparatuur heeft veel meer nut dan de assistent op z'n kop te geven. In de luchtvaart is dit

'Laat studenten zien dat een ongeluk in een klein hoekje zit.'



beeld: Rijksmuseum, AS

oud nieuws. Daar beseffen ze al lang dat mensen niet kunnen zien in het donker.'

Molendijk: 'De zorg zit dagelijks vol risicomomenten. Door je daar bewust van te zijn, leer je vooruit te denken. Dat is de crux van veilig werken. Als je daar vroeg in de opleiding oog voor krijgt, heb je daar de rest van je leven profijt van. Ook in het verkeer. Op de motor ga ik niet inhalen als ik vermoed dat een andere weggebruiker mij niet heeft gezien. Er passeren drie, vier schijven voordat een fout echt is gemaakt. Als er op tijd wordt ingegrepen, is een calamiteit voorkomen.'

Medicatieopdrachten op schrift

Het meldsysteem van Molendijk bij de Isala-klinieken lijkt te werken. Dit jaar kwamen er 5.000 meldingen binnen. Op basis van de meldingen zijn al twee foutgevoelige momenten aangepakt. 'Bij overdrachten tussen artsen doen we voortaan een extra check op beademing en infusen. Medicatieopdrachten doen we

de leukste bijbaan

Vierdejaars studente Tess Meuleman (Leiden) speelt hockey op het hoogste niveau, maar wordt er niet rijk van.

Hoe ziet je hockeycarrière eruit?

'Ik heb altijd bij Nijmegen gehockeyd en speelde vanaf mijn zestiende in regionale en nationale jeugdelftallen. Daarna ben ik een jaar lang met een hockeybeurs in de Verenigde Staten geweest. Toen ik terugkwam, werd ik geselecteerd voor Jong Oranje. Op clubniveau speelde ik toen nog voor hoofdklasser HGC en tegenwoordig voor HCKZ.'

Oranje won in oktober het WK. Daar was je niet bij?

'Tijdens een oefenwedstrijd tegen Ierland ben ik door mijn knie gegaan. Later bleken een kruisband en een meniscus gescheurd. Sindsdien heb ik nauwelijks gespeeld. Ik ben net weer fit en ik heb eind oktober voor het eerst weer een competitiewedstrijd gespeeld.'

Hoe was je revalidatieperiode?

'Moeilijk. Die blessure was een onwijze teleurstelling, vooral omdat ik zo dicht bij selectie voor het Nederlands elftal zat. Ik had er ook moeite mee om de WK-wedstrijden te zien. "Daar had ik ook kunnen staan", dacht ik.'

En nu?

'Ze zeggen dat je sterker terugkomt na zo'n blessure. Ik ben

in elk geval scherper gefocust op het hockey. Ik heb echt een keuze voor die sport gemaakt. Tijdens het WK dacht ik: "mijn tijd komt nog wel". Stilletjes droom ik al van de Olympische Spelen in Beijing. Maar eerst moet ik ervoor zorgen dat ik op mijn oude niveau kom.'

Is een topsportcarrière te combineren met een geneeskundestudie?

'Tot nog toe loop ik op schema. Maar als straks de co-schappen beginnen, wordt het anders. Dat wordt een nieuw keuzemoment. Als het goed gaat met het hockey, kies ik daarvoor. Dan mag ik van mezelf nog wel een jaartje vrij nemen van de studie.'

Houd je nog iets over aan deze 'bijbaan'?

'In de hoofdklasse krijg je van je club wel een bedrag, maar daarvan kun je niet leven. En omdat ik een heel jaar niet heb gespeeld, krijg ik ook nog eens minder. In de zomer werk ik daarom in de horeca. Ik wil ook wel eens op vakantie.' (RC)





voortaan alleen op schrift. Per telefoon traden te vaak misverstanden op. Het melden heeft een goed imago gekregen, constateert Molendijk: 'Fouten maken, mag nog steeds niet, maar we kunnen wel accepteren dat artsen feilbaar zijn.'

'We moeten uit de atmosfeer van schuldigen aanwijzen,' vindt Herre Kingma. Volgens hem is die cultuuromslag in volle gang. Toen hij begon in 2000 bij de IGZ was het onderwerp nog taboe. 'Grote partijen zeiden: hier worden geen fouten gemaakt. Dat is het eerste stadium waar ziekenhuizen doorheen moeten. Veel ziekenhuizen zitten inmiddels in de tweede en derde fase: onderzoeken of er misschien toch wat kan worden verbeterd en daarna analyseren, verbeteren en "foutproof" maken. Zijn eigen ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente, zit in de verbeterfase, volgens Kingma. Of een patiënt in zijn ziekenhuis ook op de operatietafel zou kunnen verbranden, kan hij niet ontkennen. 'Het is zo'n complexe omgeving.' Eén ding weet hij wel zeker: 'Je moet altijd zelf blijven opletten.'

Molendijk: 'De arts van de toekomst heeft naast medisch-inhoudelijke kwaliteiten oog voor de multidisciplinaire risico's in het proces. De medische keten is lang: huisartsen, laboranten, verpleegkundigen, ambulancepersoneel, de patiënt zelf. De arts is slechts één radertje. 'Het is bijzonder dat mensen hun lijf en welzijn aan jou toevertrouwen. Dat is een geschenk. Maar er werken allemaal normale mensen in die medische omgeving die normale vergissingen kunnen begaan.' ●

Referenties

1. To err is human, rapport van the Institute of Medicine, 2000.
2. De staat van de Gezondheidszorg, rapport van de IGZ, 2004.
3. 'Allereerst niet schaden' (Hippocrates, ca. 460 - 377 voor Chr.)

Zie ook: www.patiëntveiligheid.nl



zoekplaatje

Jeuk

U ziet deze gehoorgang met aan het einde een trommelvlies van een 6-jarige jongen die last heeft van jeuk in beide oren. De voorgeschiedenis vermeldt recidiverende otitiden en buisjesplaatsing een halfjaar geleden vanwege gehoorvermindering op basis van otitis media met effusie.



Wat is de oorzaak van de jeuk?

- a) Tympanosclerose.
- b) Het trommelvliesbuisje.
- c) Zand in de gehoorgang.
- d) Otitis media met effusie.

Kijk op bladzijde 13 voor de juiste diagnose. Op www.artsinspe.nl vind je de uitgebreide uitleg bij dit zoekplaatje.

Met dank aan Miocrates/www.miotheek.nl.



Nationale DenkTank



Ik verheugde me op een paar relaxte maanden voordat mijn co-schappen zouden beginnen. Alvorens tien maanden naar het ongetwijfeld gezellige, maar afgelegen Apeldoorn te vertrekken, zocht ik naarstig naar een excuus om de reis oostwaarts nog even uit te stellen. De uitnodiging voor de Nationale DenkTank kwam als geroepen.

Met 25 studenten en promovendi onderzoek ik gedurende twee maanden hoe de gezondheidszorg in het licht van de toenemende vergrijzing kwalitatief goed én betaalbaar kan blijven. Geen stoffige beleidsmedewerkers, maar frisse, creatieve academici uit verschillende disciplines pakken een maatschappelijk probleem aan. Ik begon vol enthousiasme want geneeskunde is toch meer dan anamnese en lichamelijk onderzoek. Wij studenten vangen slechts een glimp op van alles wat niet medisch-inhoudelijk is. Met in mijn achterhoofd de opdracht 'denken zonder kaders' begon ik aan een tweeweekse *crash course* ter voorbereiding op de onderzoeksperiode.

Af en toe denk ik ambitieus en arrogant dat ons rapport nu eens *niet* ergens in een la zal belanden. Ik ben enthousiast over de DenkTank omdat ik dingen lees en hoor die anders buiten mijn medische blikveld zouden blijven. Volgens premier Balkenende moeten Nederlandse intellectuelen zich meer engageren in het maatschappelijk debat. Hoewel wellicht pretentius om jezelf als student te scharen bij de intelligentsia, toont de DenkTank wél juist deze maatschappelijke betrokkenheid. Mocht ik daarmee de suggestie wekken dat we een stelletje *number crunchende nerds* zijn, laat ik dan geruststellen door te vermelden dat de naam DenkTank goed verwoordt wat we overdag, respectievelijk 's nachts doen.

Teamwork staat bij de DenkTank hoog in het vaandel. Tussen alle meetings door vergeet ik soms dat we ook nog onderzoek doen. Gelukkig overtuigen de feiten: ruim honderd interviews met artsen, patiënten, raden van bestuur van ziekenhuizen, zorgverzekeraars en organisatiedeskundigen. En ik hang ook minstens één keer per dag aan de lijn met de beoogde uitvoerders van onze adviezen om te peilen of ze onze ideeën een beetje zien zitten.

Gisteren herinnerde ik me hoe patiënten tijdens de zomerschool vertelden over hun dromen over de ideale gezondheidszorg, en ik realiseerde me weer waar we het allemaal voor doen. Natuurlijk kunnen we niet eindeloos geld in de zorg pompen, en verwachten dat een kwart van de beroepsbevolking straks aan het bed staat. Daarom zijn innovaties broodnodig. Maar ons doel is kwaliteit van leven verbeteren, door meer aandacht voor preventie, efficiënter werken en leren van elkaars fouten en successen. De DenkTank hoeft 'slechts' onze gezondheidszorg te verbeteren, een klein beetje, dat zou leuk zijn.

Claire Stramrood

column